

הודעה על תאונת עבודה או מחלת מקצוע

טופס זה ימלא ע"י המעביד על פי פקודת תאונות ומחלות משלח יד.

במקרה של מחלת מקצוע רצוי לצרף חוות דעת של רופא תעשייתי.
במקרה מוות או פגיעה קשה יש להודיע מיד למפקח העבודה האזורי.

1. פרטי המעביד או העסק

שם מקום העבודה או העסק		מס' תיק מעביד במוסד לביטוח לאומי	
12-24			
כתובת המעביד			
ישוב		רחוב	
36-47		48-59	
מהות העסק או המפעל (נפילות עיקרית)		יש במפעל ועדת בטיחות	
		כן <input type="checkbox"/>	
		לא <input type="checkbox"/>	
המחלקה בה ארעה התאונה			
כתובת בה ארעה התאונה			
ישוב		רחוב	
75-84		מס' בית	
שם ממלא הטופס		תפקידו במפעל של ממלא הטופס	
		מס' טלפון של המפעל	

2. פרטי הנפגע ועבודתו

שם משפחה של הנפגע		שם פרטי של הנפגע		מס' ת.ז. של הנפגע		מס' עובד	
85-94		95-102		103-110			
כתובת המגורים של הנפגע							
תאריך לידה		מין		תושב		ותק במקצוע	
שנה חודש יום		<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		1 <input type="checkbox"/> ישראל		ותק בתפקיד הנוכחי	
				2 <input type="checkbox"/> יו"ש/ עזה		חודשים שנים	
111-116		117		3 <input type="checkbox"/> אחר		חודשים שנים	
				118			
מקצועו של הנפגע - פירוט מדוייק							
שנת הנפגע		שיטת השכר שקיבל		האם עבד בשיטת שכר עידוד		ותק במשכורת חודשית	
127		1 <input type="checkbox"/> משכורת חודשית		1 <input type="checkbox"/> כן		2 <input type="checkbox"/> לא	
		2 <input type="checkbox"/> שכר יומי					
		3 <input type="checkbox"/> שכר בקבלנות					
		4 <input type="checkbox"/> עצמאי					
128		127					
צורת דיווח: <input type="checkbox"/> טלפוני <input type="checkbox"/> רווחה <input type="checkbox"/> אחר							

חלק זה ימלא ע"י האחראי הישיר של הנפגע או ע"י מנהל העבודה

תאריך התאונה שנה חודש יום		שעת התאונה שעה דקה		מספר שעות שעברו מתחילת יום עבודתו של הנפגע ועד לתאונה		התאונה ארעה ביום	
12-17		18-21		22-23		1 <input type="checkbox"/> בלילה	
1 <input type="checkbox"/> בעת בצוע העבודה (לא בניסיעה)		1 <input type="checkbox"/> הפעלת מכונה		1 <input type="checkbox"/> משרד/ שירות/ מכירות		24	
2 <input type="checkbox"/> בניסיעה בזמן העבודה		2 <input type="checkbox"/> טלטול חפצים		2 <input type="checkbox"/> לא ביצע מטלה			
3 <input type="checkbox"/> בדרך מ/אל העבודה		3 <input type="checkbox"/> טיפול בחמרים		3 <input type="checkbox"/> אחר, פרט			
4 <input type="checkbox"/> בעת פעילות ספורט, תרבות, כו		4 <input type="checkbox"/> נהיגה/ נסיעה					
5 <input type="checkbox"/> מדובר במחלת מקצוע		5 <input type="checkbox"/> תיקון/ תחזוקת מכונה					
6 <input type="checkbox"/> בנין ותחזוקת מבנים		6 <input type="checkbox"/> בנין ותחזוקת מבנים				26	
תאר באופן מפורט את מהלך התאונה (או המחלה) נסיבותיה וכיצד ארעה							
אילו מצבים או תנאים לא בטוחים גרמו לתאונה ואילו אמצעים ננקטים למטרות מניעה							
אילו מבין הגורמים הבאים היו, אולי, סיבה לארוע התאונה							
אי שימוש בציוד מגן אישי		מכונה/ ציוד לא מגודר		פגם/ תקלה בציוד			
1 <input type="checkbox"/> כן		1 <input type="checkbox"/> כן		1 <input type="checkbox"/> כן			
2 <input type="checkbox"/> לא		2 <input type="checkbox"/> לא		2 <input type="checkbox"/> לא			
27		28		29			
אם בתאונה היה מעורב מכשיר או מכונה או חומר ספציפי - רשום כאן פרטי זיהוי מדויקים ואת החלק שפגע בנפגע							
30-50							
4. פרטים על הפגיעה, הטיפול ותוצאות התאונה או מחלת המקצוע							
תאר את מהות הפגיעה (שבר, קטיעה וכו') ואת האברים שנפגעו		הנפגע		תוצאת הפגיעה			
איבר נפגע		1 <input type="checkbox"/> לא קיבל טיפול בבי"ח		1 <input type="checkbox"/> לא צפויה כל נכות			
מהות הפגיעה		2 <input type="checkbox"/> טופל בחדר מיון ושוחרר		2 <input type="checkbox"/> נכות זמנית בלבד			
		3 <input type="checkbox"/> אושפז ושוחרר		3 <input type="checkbox"/> נכות תמידית			
		4 <input type="checkbox"/> מאושפז כיום בבי"ח		4 <input type="checkbox"/> מוות			
		5 <input type="checkbox"/> מוות				52	
51							

תאריך מילוי טופס ההודעה

חתימת המעביד

חתימת נציג ועדת הבטיחות

3. פרטים על התאונה או מחלת המקצוע

מדינת ישראל
משרד העבודה והרווחה
אגף הפיקוח על העבודה

מחוז הנהלה מרכזית, כתובת: , טלפון: 02 - 7652307

הסברים למתן הודעה בדבר תאונה:

הודעה זו היינה חובה על פי סעיף 3 של פקודת תאונות ומחלות משלוח יד (הודעה) 1945

- את ההודעה יש לשלוח מיד למפקח העבודה האזורי בכל מקרה של תאונת עבודה שגרמה:
 - למותו של העובד
 - לאיבוד או הקטנה של כושר עבודתו הרגיל של הנפגע במשך יותר מ – 3 ימים.
- במקרה של חברה, אגודה שיתופית וחבר בני אדם אחר, חלה אחריות המשלוח על: המעביד, המנהל, המזכיר ואחרים.
- אם לאחר מסירת ההודעה על התאונה, מת הנפגע, חייב המעביד להודיע על כך מיד למפקח העבודה האזורי.
- אם נתקלת בקושי במילוי הטופס, בקש את עצתו של מפקח העבודה האזורי.
- כתובת מפקח העבודה האזוריים:

אזור ירושלים: ת"ד. 146, ירושלים 91001 טל: 02-6294972/3

אזור תל אביב: ת"ד. 393, תל אביב 66845 טל: 03-5125277

אזור המרכז: ת"ד. 393, תל אביב 66845 טל: 03-5125272

אזור חיפה והצפון: ת"ד. 46047, חיפה 33111 טל: 04-8619327/8

אזור באר שבע והדרום ת"ד. 4521, באר שבע 84140, טל: 07-6492811, 07-6495229

הסברים למילוי טופס ההודעה

- מעביד אשר לא ישלח הודעה על תאונה כמתחייב בחוק צפוי לקנס כספי גבוה.
- חובה למלא את כל סעיפי השאלון כפי הנדרש, החלק העוסק בפרטי התאונה ימולא ע"י האחראי הישיר או מנהל העבודה של הנפגע.
- על מנת למלא את הטופס באמצעות המחשב יש לעבור לתצוגת "טופס".
המעבר יתבצע ע"י לחיצה על "תצוגה" בתפריט הגלילה -> "סרגלי כלים" -> "טפסים" -> לחיצה על צלמית המנעול שתפקידה להגן על הטופס.
- לקבלת טפסי הודעה ריקים – פנה בכתב למפקח העבודה האזורי.
- יש למלא טופס הודעה נפרד לכל נפגע שנעדר מהעבודה יותר משלושה ימים, ולשלוח את ההודעה תוך ארבעה ימים מתאריך התאונה.