

מס' זהות	דרגת רשיון
מס' רשיון נהיגה	תאריך חידוש
שנת לידה	
הגבלות	

יש למלא את הטופס בעט שחור בלבד

נכבדי,

חידוש רשיון הנהיגה שלך מותנה בבצוע ביקורת רפואית, שתכלול מבדק כושר ראייתך (אצל רופא עיניים מומחה או אצל אופטומטריסט מורשה) ומבדק רפואי כללי. מידע נוסף בגב הטופס. את הטופס המלא - עם בדיקת הראיה, בדיקת הרופא, תשובותיך וחתימתך - נא לשלוח לאגף הרישוי ת"ד 270, חולון 58102. סמך/י X בטורים כן או לא בהתאם לתשובה המתאימה. תוצאות הבדיקה הרפואית של כושר הראיה א.

עין	חדות ראייה 6/12				שדה ראייה 120°				ראיה דו-עינית וכפל ראייה מס' עצמים מזהה				ימין	שמאל	יחד	
	בלי משקפיים	עם משקפיים	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא				
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

רופא נכבד, בהתאם להוראות תקנות התעבורה מבקש רשיון נהיגה יבדק בבדיקה רפואית אשר תכלול בדיקת מצבו הגופני והנפשי, ונתונים נוספים המשפיעים לדעתך על כשירותי לנהיגה. הבדיקה תיערך ע"י רופאו של המבקש, אשר יפרט את ממצאיו בטופס שקבעה רשות הרישוי ולפי הפרטים שבטופס. אי לכך, נבקשך לבדוק את מבקש הרשיון שפרטיו מצויינים בטופס הבדיקה ולמלא את הטופס על פרטיו. אנא הסבר לנבדק את חלק ב' של הטופס וודא שימלא אותו ויחתום עליו.

בדיקות לבעל רשיון נהיגה מסוג פרטי/דו-גלגלי (דרגות A1,A2,B) /טרקטור.

א	ב	הצהרת מבקש/ת הבדיקה (ימולא ע"י המבקש/ת)
☐	☐	1. האם הנך סובל/ת מסחרחורות או חוסר שיווי משקל?
☐	☐	2. האם עברת אירוע של איבוד הכרה ב-5 השנים האחרונות? אם כן, מתי?
☐	☐	3. האם את/ה סובל/ת מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)? אם כן, מתי היה ההתקף האחרון? האם את/ה מקבל/ת בקביעות תרופות? אם כן פרט
☐	☐	4. האם עברת אי פעם אירוע מוחי (שבץ מוחי)? אם כן, מתי?
☐	☐	5. האם יש לך הגבלה בתנועה ביד או ברגל בגלל ירידה בתחושה, חולשה, שיתוק או קטיעה?
☐	☐	6. האם את/ה סובל/ת מסוכרת? סוג הטיפול שהנך מקבל/ת לאיוון הסוכרת: האם עברת התקפים של ירידה חדה ברמת הסוכר בדם (היפוגליקמיה)?
☐	☐	7. האם את/ה סובל/ת מבעיות נפשיות? אם כן, האם טופלת/ מטופלת בגינים?
☐	☐	8. האם הינך מקבל/ת בקביעות תרופות? אם כן, פרט
☐	☐	9. האם הינך סובל/ת ממחלת לב? אם כן, פרט:
☐	☐	10. האם נבדקת אי פעם במכון הרפואי לבטיחות דרכים? אם כן, מתי?
☐	☐	11. הערות.

א	ב	ממצאים רפואיים/שאלון רפואי ימולא ע"י הרופא לאחר בדיקה פיזיקלית ועיון בכרטיס הרפואי
☐	☐	1. האם ידוע לך על מחלה נוירולוגית?
☐	☐	2. האם היו אירועים של איבוד הכרה ב-5 השנים האחרונות? אם כן, מתי? ומה הסיבה.
☐	☐	3. האם סובל/ת מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)? אם כן, מתי היה ההתקף האחרון? האם מטופל/ת תרופתית? פרט תרופות בדף נפרד. האם מאוזן?
☐	☐	4. האם עבר/ה אירוע מוחי? מתי? פרט מצב קיים.
☐	☐	5. האם יש הפרעות מוטוריות ו/או תחושתיות והפרעות בקואורדינציה? האם יש קשיין פרק או קטיעת גפה? פרט.
☐	☐	6. האם סובל/ת מסוכרת? אם כן, מה הטיפול שמקבל/ת? האם היו ארועים של היפוגליקמיה? מתי? האם מאוזן?
☐	☐	7. האם התרשמת שיש הפרעות במהירות תגובה, זיכרון, התמצאות בזמן ובמקום?
☐	☐	8. האם ידוע לך על שימוש כרוני בסמים או אלכוהול שלא לצורך רפואי?
☐	☐	9. האם סובל/ת ממחלת לב? פרט תרופות בדף נפרד. האם סובל/ת מהפרעות קצב? האם מאוזן?
☐	☐	10. האם לדעתך יש הצדקה לשלוח את נהגה לבדיקה במכון הרפואי לבטיחות בדרכים?
☐	☐	11. הערות.

אני החתום מטה מצהיר/ה שכל תשובותי בטופס זה, תואמות את האמת וידוע לי כי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, על כל רישום כוזב שערכתי בטופס זה. אני מצהיר/ה ומתחייב/ת למסור לרופא המוסמך טעם רשות הרישוי, ידיעות מלאות ונכונות על מחלותי וליקויי הבריאותיים. אני מוותר/ת על הסודיות בנוגע למחלותי, לגבי המוסדות הרפואיים הבודקים אותי והנני מבקש/ת בזאת מכל מוסד רפואי למסור כל מידע בקשר למחלותי, מצבי הרפואי וכל מידע אחר שיידרש לרופא המוסמך או לבא כוחו. טופס ללא חתימה, לא יטופל.

אישור הרופא אני מצהיר כי הנ"ל חתם על הצהרתו וזיהיתי את המבקש על פי תעודה מזהה. אני מטפל דרך קבע במבקש, זה שלוש שנים לפחות, בקופ"ח. אני מטפל במבקש שהוא עולה חדש שטרם חלפו שלוש שנים מיום עלייתו, בקופ"ח. עיינתי בתיקו הרפואי בכל קופ"ח שבה היה בשלוש השנים שקדמו לבדיקה.

תאריך	שם הרופא	מס' רשיון, חתימה וחותמת
חתימת מבקש/ת הבדיקה		

לשימוש המשרד

נשלח למכון הרפואי לבטיחות בדרכים ☐ כשיר לנהיגה ☐

המלצת רופא הרישוי:

תאריך	שם הרופא	חתימה וחותמת
-------	----------	--------------

רצוי לשמור בידך צילום של הטופס, לצורך בירור. נא לשלוח את הטופס המלא בהקדם ל- אגף הרישוי ת"ד 270 חולון 58102.

יש למלא את הטופס בעט שחור בלבד