



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

יש למלא את הטופס בעט שחור בלבד

נכבדי,

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

עין	חדות ראייה 6/12 לפחות				שדה ראייה 120° לפחות		ראיה דו-עינית וכפל ראיה מס' עצמים מזהה		
	עם משקפיים		בלי משקפיים		כן	לא	כן	לא	
ימין	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
שמאל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
יחד	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ימולא עיני רופא עיניים מומחה או אופטומטריסט מורשה

זיהיתי את המבקש על פי תעודה מזהה. וידאתי שאינו מרכיב עדשות מגע בבדיקה ללא משקפיים. הבדיקה כולה בוצעה באמצעות מכשירי בדיקה המאושר ע"י משרד הבריאות.

תאריך: _____ חותמת וחתימת הבדוק: _____

רופא נכבד, בהתאם להוראות תקנות התעבורה מבקש רישיון נהיגה יבדק בבדיקה רפואית אשר תכלול בדיקת מצבו הגופני והנפשי, וכן בדיקות כושר אחרות. הבדיקה תיערך ע"י רופאו של המבקש, אשר יפרט את ממצאיו בטופס שקבעה רשות הרישוי ולפי הפרטים שבטופס. אי לכך, נבקש לבדוק את מבקש הרישיון שפרטיו מצויינים בטופס הבדיקה ולמלא את הטופס על פרטיו. **אנא הסבר לנבדק את חלק ב' של הטופס וודא שימלא אותו ויחתום עליו.**

בדיקות לבעל רישיון נהיגה מסוג פרטי/דו-גלגלי (דרגות א,ב) /טרקטור.

כן	לא	א. ממצאים רפואיים/שאלון רפואי ימולא ע"י הרופא לאחר בדיקה פיזיקלית ועיון בכרטיס הרפואי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. האם ידוע לך על מחלה נוירולוגית?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. האם היו אירועים של איבוד הכרה ב-5 השנים האחרונות? אם כן, מתי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. האם סובל/ת מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)? אם כן, מתי היה התקף אחרון? - האם מטופל/ת תרופתית? פרט:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. האם עברה/ת אירוע מוחי? מתי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. האם יש הפרעות מוטוריות ו/או תחושתיות והפרעות בקואורדינציה?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. האם יש קשיין פרק או קטיעת גפה? פרט:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. האם סובל/ת מסוכרות? אם כן, מה הטיפול שמקבל/ת? האם היו אירועים של היפוגליקמיה? אם כן, מתי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. האם התרשמת ביש הפרעות במהירות תגובה, זיכרון, התמצאות בזמן ובמקום?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. האם ידוע לך על שימוש כרוני בסמים או אלכוהול שלא לצורך רפואי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. האם סובל/ת ממחלת לב? האם סובל/ת מהפרעות קצב? פרט:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. האם לדעתך יש הצדקה לבדיקה במכון הרפואי לבטיחות בדרכים? מתי?

כן	לא	ב. הצהרת מבקש/ת הבדיקה (ימולא ע"י המבקש/ת)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. האם עברת אירוע של איבוד הכרה ב-5 השנים האחרונות? אם כן, מתי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. האם הנך סובל/ת מסחרחורת או חוסר שיווי משקל?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. האם עברת אי פעם אירוע מוחי (שבץ מוחי)? אם כן, מתי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. האם יש לך הגבלה בתנועה ביד או ברגל בגלל ירידה בתחושה, חולשה, שיתוק או קטיעה?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. האם הינך סובל/ת ממחלת לב? אם כן, פרט:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. האם את/ה סובל/ת מסוכרות? סוג הטיפול שהנך מקבל/ת לאיוון הסוכרת: האם עברת התקפים של ירידה חדה ברמת הסוכר בדם (היפוגליקמיה)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. האם את/ה סובל/ת מבעיות נפשיות? אם כן, האם טופלת/ מטופלת/ בנינים?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. האם הינך מקבל/ת בקביעות תרופות? אם כן, פרט
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. האם נבדקת אי פעם במכון הרפואי לבטיחות בדרכים? אם כן, מתי?

אישור הרופא אני מצהיר כי הנ"ל חתם על הצהרתו וזיהיתי את המבקש על פי תעודה מזהה.

אני הרופא המטפל, קופ"ח _____
 אני מכיר את עברו הרפואי של הנבדק מתוך עיון בתיקו הרפואיים אצל הרופאים המטפלים.

תאריך: _____ שם הרופא: _____ מס' רישיון, חותמת וחתימה: _____

אני החתום מטה מצהיר/ה שכל תשובתי 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 מטעם 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 שידרש לרופא המוסמך או לבא כוחו.

טופס ללא חתימה, לא יטופל.

תאריך: _____ חתימת מבקש/ת הבדיקה: _____

לשימוש המשרד

כשיר לנהיגה נשלח למכון הרפואי לבטיחות בדרכים לא כשיר לנהיגה

המלצת רופא הרישוי:

תאריך: _____ שם הרופא: _____ חתימה וחתימה: _____

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