



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

יש למלא את הטופס בעט שחור בלבד

נכבדי, יחדש רישון נהיגה שלך מותנה בבצוע ביקורת רפואית, שתכלי 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 לפחות				שדה ראייה 120° לפחות				ראיה דו-עינית וכפל ראיה מס' עצמים מזוהה		
	בלי משקפיים		עם משקפיים		כן		לא		כן	לא	
ימין	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

רופא נכבד, בהתאם להוראות תקנות התעבורה מבקש רישון 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 הרישון שפרטיו מצויינים בטופס הבדיקה ולמלא את הטופס על פרטיו. אנא הסבר לנבדק את חלק ב' של הטופס ודא שימלא אותו ויחתום עליו.

בדיקות לבעל רישון נהיגה לרכב משא (מעל 3.5 טון)/צבורי/ צבורי זעיר/ מסיעי ילדים/ רכב ביטחון אופנוע מעל 500 סמ"ק (דרגה A)/מורה מוסמך לנהיגה

א	ב	ג. ממצאים רפואיים/שאלון רפואי	ה. הצהרת מבקש/ת הבדיקה (ימולא ע"י המבקש/ת)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. האם ידוע לך על מחלה נוירולוגית?	1. האם הנך סובל/ת מסחרחורות או חוסר שיווי משקל?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. האם היו אירועים של איבוד הכרה ב-5 השנים האחרונות? אם כן, מתי? ומה הסיבה.	2. האם עברת אירוע 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 האחרון? האם מטופל/ת תרופתית? פרט תרופות בדף נפרד. האם מאוזן?	3. האם את/ה סובל/ת מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)? אם כן, מתי היה התקף האחרון? האם את/ה מקבל/ת בקביעות תרופות לאפילפסיה? אם כן פרט _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. האם עבר/ה אירוע מוחי? מתי? פרט מצב קיים.	4. האם עברת אי פעם אירוע מוחי (שבץ מוחי)? אם כן, מתי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. האם יש הפרעות מוטוריות ו/או תחושתיות והפרעות בקואורדינציה? האם יש קשיין פרק או קטיעת גפה? פרט: _____	5. האם יש לך הגבלה בתנועה ביד או ברגל בגלל ירידה בתחושה, חולשה, שיתוק או קטיעה? האם את/ה סובל/ת מסוכרת? סוג הטיפול שהנך מקבל/ת לאיזון הסוכרת: _____ האם עברת התקפים של ירידה חדה ברמת הסוכר בדם (היפוגליקמיה)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. האם סובל/ת מסוכרת? אם כן, מה הטיפול שמקבל/ת? האם היו ארועים של היפוגליקמיה? מתי? האם מאוזן?	6. האם את/ה סובל/ת ממחלת לב? מאי סדירות בדופק הלב? האם הינך מקבל/ת טיפול? האם יש לך קוצב לב? האם את/ה סובל/ת מבעיות נפשיות? אם כן, האם טופלת/ מטופלת/ת בגינים? האם יש לך ירידה בשמיעה? אם כן, האם מרכיב/ה מכשיר שמיעה? נא לצרף בדיקות שמיעה אחרונות.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. האם סובל/ת ממחלת לב? פרט תרופות בדף נפרד. האם סובל/ת מהפרעות קצב? האם מאוזן?	7. האם את/ה סובל/ת ממחלת לב? מאי סדירות בדופק הלב? האם הינך מקבל/ת טיפול? האם יש לך קוצב לב? האם את/ה סובל/ת מבעיות נפשיות? אם כן, האם טופלת/ מטופלת/ת בגינים? האם יש לך ירידה בשמיעה? אם כן, האם מרכיב/ה מכשיר שמיעה? נא לצרף בדיקות שמיעה אחרונות.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. האם ידוע לך על בעיות נפשיות שבגינים מטופלת-טופל/ה ע"י פסיכולוג/פסיכיאטר?	8. האם את/ה סובל/ת ממחלת לב? מאי סדירות בדופק הלב? האם הינך מקבל/ת טיפול? האם יש לך קוצב לב? האם את/ה סובל/ת מבעיות נפשיות? אם כן, האם טופלת/ מטופלת/ת בגינים? האם יש לך ירידה בשמיעה? אם כן, האם מרכיב/ה מכשיר שמיעה? נא לצרף בדיקות שמיעה אחרונות.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. האם ידוע לך על שימוש כרוני בסמים או אלכוהול שלא לצורך רפואי?	9. האם יש לך ירידה בשמיעה? אם כן, האם מרכיב/ה מכשיר שמיעה? נא לצרף בדיקות שמיעה אחרונות.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. האם התרשמת שיש הפרעות במהירות תגובה, זיכרון, התמצאות בזמן ובמקום?	10. האם את/ה סובל/ת ממחלת לב? מאי סדירות בדופק הלב? האם הינך מקבל/ת טיפול? האם יש לך קוצב לב? האם את/ה סובל/ת מבעיות נפשיות? אם כן, האם טופלת/ מטופלת/ת בגינים? האם יש לך ירידה בשמיעה? אם כן, האם מרכיב/ה מכשיר שמיעה? נא לצרף בדיקות שמיעה אחרונות.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. האם ידוע לך על דום נשימה בשינה? פרט חומרה והשפעה על נהיגה	11. האם יש לך נטיה לישנוניות/הרדמות יתר במשך היום? האם נבדקת אי פעם במכון הרפואי לבטיחות בדרכים? אם כן מתי? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. האם לדעתך יש הצדקה לשלוח את הנהג לבדיקה במכון הרפואי לבטיחות בדרכים?	12. האם נבדקת אי פעם במכון הרפואי לבטיחות בדרכים? אם כן מתי? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. אבחנות נוספות, הערות: _____	13. 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 ללא כוח. טופס ללא חתימה לא יטופל

אישור הרופא

אני מצהיר כי הנ"ל חתם על הצהרתו וזיהיתי את המבקש על פי תעודה מזוהה.

אני מטפל דרך קבע במבקש, זה שלוש שנים לפחות, בקופ"ח _____

אני מטפל במבקש שהוא עולה חדש שטרם שלוש שנים מיום עלייתו, בקופ"ח _____

עיינתי בתיקו הרפואי בכל קופ"ח שבה היה בשלוש השנים שקדמו לבדיקה.

תאריך _____ שם הרופא _____ מס' רישון, חתימה וחתימת

14. האם הנך מוכן/ה לוותר על דרגה/היתר? כן לא

אני מצהיר בזה על רצוני לוותר על דרגה/היתר כדלקמן:

מסחרי עד 15 טון מוגנת אוטובוס אוטובוס זעיר גורר תומך מסחרי מעל 12 טון רכב בטחון הסעת ילדים לפי תקנה 84 אופנוע A

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה

לשימוש המשרד המלצת רופא הרישוי: כשיר לנהיגה נשלח למכון הרפואי לבטיחות בדרכים

תאריך _____ שם הרופא _____ חתימה וחתימת