



נכבדי,

יש למלא את הטופס בעט שחור בלבד

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 בנג 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.

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

עין	חדות ראייה 6/12 לפחות				שדה ראייה 120° לפחות	ראיה דו-עינית וכפל ראייה מס' עצמים מזהה	ימולא עיי רופא עיניים מומחה או אופטומטריסט מורשה	
	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"/>
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"/>
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"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

רופא נכבד, בהתאם להוראות תקנות התעבורה מבקש רשיון נהיגה יבדק בבדיקה רפואית אשר תכלול בדיקת מצבו הגופני והנפשי, וכן בדיקות כושר אחרות. הבדיקה תיערך עיי רופאו של המבקש, אשר יפרט את ממצאיו בטופס שקבעה רשות הרישוי ולפי הפרטים שבטופס. אי לכך, נבקשך 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 רשיון נהיגה לרכב משא (מעל 4 טון) צבורי/ זעיר/ מסיעי ילדים/ רכב ביטחון אופנוע מעל 500 סמ"ק (דרגה ג')

א	ב	ג. ממצאים רפואיים / שאלון רפואי
<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 ההתקף האחרון? האם מטופל/ת תרופתית? פרט:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. האם עבר/ה אירוע מוחי? (שבץ 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 מסוכרת? אם כן, מה הטיפול שמקבל/ת? האם היו ארועים של היפוגליקמיה? אם כן, מתי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. האם התרשמת שיש 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 ידוע לך על דום נשימה בשינה? האם מקבל/ת טיפול לכך?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. האם ידוע לך על בעיות נפשיות שבינים מטופל/ת-טופל/ה עיי פסיכולוג/פסיכיאטר?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. האם לדעתך יש הצדקה לבדיקה במכון הרפואי לבטיחות בדרכים?
		14. אבחנות נוספות, הערות:

א	ב	ג. הצהרת מבקש/ת הבדיקה (ימולא עיי 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 לאפילפסיה? 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 מסוכרת? סוג הטיפול שהנך מקבל/ת לאיזון 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 טופל/ת מטופל/ת בגינים?
<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 דרכים? אם כן, מתי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. האם את/ה סובל/ת מאי סדירות בדופק הלב? האם הינך מקבל/ת טיפול? האם יש לך קוצב לב?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. האם יש לך נטיה לישנוניות/הרדמות יתר במשך היום?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. האם יש לך ירידה בשמיעה? אם כן, האם מרכיב/ה מכשיר שמיעה? נא לצרף בדיקות שמיעה אחרונות.

14. 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 שערכת 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 שיידרש לרופא המוסמך או לבה כוח.

טופס ללא חתימה לא יטופל

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

אני הרופא המטפל, קופ"ח _____

אני מכיר/ה אישית והתשובות תואמות את הידוע לי.

אין היכרות מוקדמת עם הנבדק והתשובות תואמות את תמצית התיק הרפואי שהוצג בפני ואת בדיקתי.

תאריך _____ שם הרופא _____ מס' רשיון, חותמת וחתימה

חתימת מבקש/ת הבדיקה

תאריך _____

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

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

מסחרי עד 15 טון מוגיט אוטובוס אוטובוס זעיר גורר תומך מסחרי מעל 15 טון רכב בטחון הסעת ילדים לפי תקנה 84

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה _____

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

_____ שם הרופא _____ תאריך _____