

**סמן/י X בטורים כן או לא, בהתאם לתשובה המתאימה.**  
**א. תוצאות הבדיקה הרפואית של כושר הראיה**

עין	חדות ראייה 6/12 לפחות				שדה ראייה 120° לפחות				שדה ראייה 140° לפחות A, C1, C, D, E לדרגות 101, 102, 103, 120 ולהיתרים	ראייה דו-עינית וכפל ראייה מס' עצמים מזוהה	ימולא ע"י רופא עיניים מומחה או אופטומטריסט מורשה
	כן	לא	כן	לא	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"/>
									4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

חתימת והתימת הבודק: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

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

**ב. בדיקות למבקש רשיון נהיגה לכל דרגות הרשיון**

**ממצאים רפואיים / שאלון רפואי**  
 ימולא ע"י הרופא לאחר בדיקה פיזיקלית ועיון בכרטיס הרפואי

כן	לא	שאלה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. האם ידוע לך על מחלה נוירולוגית?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. האם היו ארועים של איבוד הכרה ב-5 השנים האחרונות? אם כן, מתי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. האם סובלת/מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)? אם כן, מתי היה התקף אחרון? האם מטופלת/תרופתית? פרט:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. האם עבר/ה ארוע 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 סובלת/מסוכרת? אם כן, מה הטיפול שמקבלת? האם היו ארועים של היפוגליקמיה? אם כן, מתי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. האם התרשמת שיש הפרעות במהירות תגובה, זכרון, 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 סובלת/ממחלת לב? האם סובלת/מהפרעות קצב? פרט:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. האם לדעתך יש הצדקה לבדיקה במכון הרפואי לבטיחות בדרכים?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. האם ידוע לך על דום נשימה בשינה? האם מקבלת/טיפול לכך?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. האם ידוע לך על בעיות נפשיות שבינים מטופלת/טופל/ה ע"י פסיכולוג/פסיכיאטר?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. אבחנות נוספות, הערות:

**אישור הרופא**

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.  
 עיינתי בתיקו הרפואי הצבאי של המבקש.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם הרופא: \_\_\_\_\_ מס' רשיון וחתימת: \_\_\_\_\_  
 מען הרופא: \_\_\_\_\_ חתימת הרופא: \_\_\_\_\_

**הצהרת מבקש/ת הבדיקה (ימולא ע"י המבקש/ת)**

כן	לא	שאלה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. האם עברת ארוע של איבוד הכרה ב-5 השנים האחרונות? אם כן, מתי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. האם הנך סובלת/מסחרחורת או חוסר שיווי משקל?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. האם את/ה סובלת/מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)? אם כן: א. מתי היה ההתקף האחרון? _____ ב. האם את/ה מקבלת/בקביעות תרופות? אם כן, פרט: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. האם עברת אי פעם ארוע 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 סובלת/ממחלת לב? אם כן, פרט: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. האם את/ה סובלת/מסוכרת? סוג הטיפול שהנך מקבלת/לאיזון הסוכרת _____ האם עברת התקפים של ירידה חדה ברמת הסוכר בדם (היפוגליקמיה)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. האם את/ה סובלת/מבעיות נפשיות? אם כן, האם טופלת / מטופלת בגינים?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. האם הינך מקבלת/בקביעות תרופות? אם כן, פרט: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. האם נבדקת אי פעם במכון הרפואי לבטיחות בדרכים? אם כן, מתי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. האם את/ה סובלת/מאי סדירות בדופק הלב? האם הינך מקבלת/טיפול? האם יש לך קוצב לב?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. האם יש לך נטיה לישנוניות/הרדמות יתר במשך היום?

**אני החתום/ה 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 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 ללבא כושר.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת מבקש/ת הבדיקה: \_\_\_\_\_

<p><b>סיכום רשות הרישוי:</b></p> <p><input type="checkbox"/> כשיר לנהיגה</p> <p><input type="checkbox"/> נשלח למכון הרפואי</p> <p><input type="checkbox"/> לא כשיר לנהיגה</p>	<p><b>המלצת רופא הרישוי:</b></p> <p><input type="checkbox"/> כשיר לנהיגה</p> <p><input type="checkbox"/> נשלח למכון הרפואי</p> <p><input type="checkbox"/> לא כשיר לנהיגה</p>
<p>תאריך: _____</p> <p>שם הרופא: _____</p> <p>חתימה וחתימת: _____</p>	<p>תאריך: _____</p> <p>שם הרופא: _____</p> <p>חתימה וחתימת: _____</p>
<p>חתימה וחתימת: _____</p> <p>שם העובד: _____</p> <p>תאריך: _____</p>	<p>חתימה וחתימת: _____</p> <p>שם הרופא: _____</p> <p>תאריך: _____</p>