



הצהרת בריאות

שם: _____

מס' זהות: _____

לא	כן	
		1. האם עברת אירוע של איבוד הכרה? אם כן, מתי?
		2. האם הנך סובל/ת מסחרחורות או חוסר שיווי משקל?
		3. האם את/ה סובל(ת) / סבלת מאפילפסיה (מחלת הכפיון)? אם כן, מתי היה ההתקף האחרון? האם את/ה מקבל/ת טיפול?
		4. האם עברת אי פעם אירוע מוחי (שבץ מוחי) אם כן, מתי?
		5. האם יש לך בעיות בתנועה ביד או ברגל (בגפיים) בגלל חולשה (שיתוק) או קטיעה?
		6. האם הנך סובל(ת)/סבלת ממחלת לב? אם כן, פרט _____
		7. האם את/ה סובל(ת)/סבלת מאי סדירות בדופק הלב? האם הנך מקבל/ת טיפול? האם יש לך קוצב לב?
		8. האם את/ת סובל/ת מסוכרת? סוג הטיפול שהנך מקבל לאיזון הסוכרת: _____ האם עברת התקפים של ירידה חדה ברמת סוכר בדם (היפוגליקמיה)?
		9. האם את/ה סובל/ת מבעיות נפשיות? אם כן, האם טופלת או את/ה מטופל כעת?
		10. האם הנך מקבל/ת בקביעות תרופות? פרט _____
		11. האם נבדקת אי פעם במכון הרפואי לבטיחות בדרכים? אם כן, מתי?
		12. האם את/ה מעוניין להחזיק בכל סוגי רישיונות הנהיגה שבידך? אם לא, פרט _____
		13. האם את/ה סובל/ת או סבלת ממחלות כלשהן ונמצא במעקב רפואי ו/או פרטי?
		14. האם יש לך נטיה לישנוניות/הרדמות יתר במשך היום?
		15. האם יש לך ירידה בשמיעה? אם כן, האם את/ה מרכיב/ה מכשיר שמיעה?
		16. האם את/ה מרכיב/ה משקפיים בזמן נהיגה?

חתימה: _____

תאריך: _____