



חטיבת הבריאות
המכון הרפואי לביטחון בדרכים
The Medical Institute for Road Safety

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

תאריך: _____

שלום רב,

הנדון: בדיקת ראייה

לשם סיום הטיפול בתיקך הנך מתבקש/ת לבצע בדיקת ראייה ע"י רופא עיניים או אופטומטריסט.

רופא נכבד,

שם הנבדק: _____ מספר זהות: _____

מבקש רישיון נהיגה מסוג: _____

עליו לעבור את הבדיקות הבאות על מכשיר טיטמוס או דומה לו:

- חדות ראייה
- שדה ראייה
- ראייה דו עינית וכפל ראייה

בדיקה זו תעשה ע"י רופא עיניים או אופטומטריסט:

סמן X בטורים כן או לא בהתאם לתשובה המתאימה.

☐ זיהיתי את המבקש ע"פ תעודה מזהה.

☐ וידאתי שאינו מרכיב עדשות מגע בבדיקה ללא משקפיים.

ה ע ר ו ת	קרקעית העין	ראייה דו-עינית וכפל ראייה מס' עצמים מזוהה			שדה ראייה 140° לפחות לרכב ציבורי- כבד		שדה ראייה 120° לפחות לרכב פרטי		חדות ראייה 6/12 לפחות				עין
									עם משקפיים		בלי משקפיים		
		☐ לא	☐ כן	2	☐ לא	☐ כן	☐ לא	☐ כן	☐ לא	☐ כן	☐ לא	☐ כן	ימין
		☐ לא	☐ כן	2	☐ לא	☐ כן	☐ לא	☐ כן	☐ לא	☐ כן	☐ לא	☐ כן	שמאל
		☐ לא	☐ כן	3	☐ לא	☐ כן	☐ לא	☐ כן	☐ לא	☐ כן	☐ לא	☐ כן	יחד
		☐ לא	☐ כן	4									

☐ הבדיקה כולה בוצעה באמצעות מכשיר בדיקה המאושר ע"י משרד הבריאות.

תאריך: _____ מס' רישיון: _____ חותמת וחתימת הבודק: _____