



|                   |             |
|-------------------|-------------|
| מס' זהות          | דרגת רישיון |
| מספר רישיון נהיגה | תאריך חידוש |
| שנת לידה          | מס' טלפון   |
| הגבלות            |             |

יש למלא את הטופס בעט שחור או כחול בלבד

נכבדי,  
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 בגב הטופס. את הטופס המלא - עם בדיקת הראייה, בדיקת הרופא, תשובותיך וחתימתך - יש לשלוח באמצעות הדואר לכתובת "מחלקת מידע ובקרה אגף הרישוי: ת.ד. 270 חולון מיקוד 5810201".

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

| עין  | חדות ראייה 6/12 לפחות       |                             |                             |                             | שדה ראייה 120° לפחות        | ראייה דו-עינית וכפל ראייה מס' עצמים מזוהה | ימולא ע"י רופא עיניים מומחה או אופטומטריסט מורשה זיהיתי את המבקש על פי תעודה מזוהה. וידאתי שאינו מרכיב עדשות מגע בבדיקה ללא משקפיים. הבדיקה כולה בוצעה באמצעות מכשיר בדיקה המאושר ע"י משרד הבריאות. |
|------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | בלי משקפיים                 | עם משקפיים                  | כן                          | לא                          |                             |                                           |                                                                                                                                                                                                     |
| ימין | <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                            |
| שמאל | <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                            |
| יחד  | <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                            |
|      | <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                            |

רופא נכבד, בהתאם להוראות תקנות התעבורה מבקש רישיון נהיגה יבדק בבדיקה רפואית אשר תכלול בדיקת מצבו הגופני והנפשי, ונתונים נוספים המשפיעים לדעתך על כשירותו לנהיגה. הבדיקה תיערך ע"י רופאו של המבקש, אשר יפרט את ממצאיו בטופס שקבע אגף הרישוי ולפי הפרטים שבטופס. אי לכך נבקש 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.

ב. בדיקות לבעל רישיון נהיגה מסוג פרטי/דו-גלגלי (דרגות A1,A2,B) /טרקטור.

| לא                       | כן                       | הצהרת מבקש/ת הבדיקה (ימולא ע"י המבקש/ת)                                                                                      |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. האם הנך סובל/ת מסחרחורות או חוסר שיווי משקל?                                                                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. האם עברת אירוע של איבוד הכרה ב-5 השנים האחרונות? אם כן, מתי?                                                              |
| <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? 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 את/ה סובל/ת מסוכרות? סוג הטיפול שהנך מקבל/ת לאיוון הסוכרת: האם עברת התקפים של ירידה חדה ברמת הסוכר בדם (היפוגליקמיה)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. האם את/ה סובל/ת מבעיות נפשיות? אם כן, האם טופלת/ מטופלת/ בגינים?                                                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. האם הינך מקבל/ת בקביעות תרופות? אם כן, פרט                                                                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. האם הינך סובל/ת ממחלת לב? 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 לדעתך יש הצדקה לשלוח את הנהג לבדיקה במכון הרפואי לבטיחות בדרכים?                                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. הערות                                                                                                                    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| אני מצהיר/ת ומתחייב/ת למסור לרופא המוסמך מטעם אגף הרישוי, ידיעות מלאות ונכונות על מחלותי וליקויי הבריאותיים. אני מוותר/ת על הסודיות בנוגע למחלותי, לגבי המוסדות הרפואיים הבודקים אותי והנני מנקש/ת בזאת מכל מוסד רפואי למסור כל מידע בקשר למחלותי, מצבי הרפואי וכל מידע אחר שיידרש לרופא המוסמך או לבא כוחו. טופס ללא חתימה, לא יטופל. | אני מצהיר כי הנ"ל חתם על הצהרתו. זיהיתי את המבקש על פי תעודה מזוהה. 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 |
| תאריך                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | תחתימת מבקש/ת הבדיקה                                                                                                                                                                                                                                         |
| שם הרופא                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | מס' רישיון, חתימה וחומתות                                                                                                                                                                                                                                    |

|                    |                                      |                                                           |
|--------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| לשימוש המשרד       | <input type="checkbox"/> כשיר לנהיגה | <input type="checkbox"/> נשלח למכון הרפואי לבטיחות בדרכים |
| המלצת רופא הרישוי: |                                      |                                                           |
| תאריך              | שם הרופא                             | חתימה וחומתות                                             |

רצוי לשמור בידך צילום של הטופס לצורך בירור. ניתן לשלוח באמצעות הדואר לכתובת "מחלקת מידע ובקרה אגף הרישוי: ת.ד. 270 חולון מיקוד 5810201". יש למלא את הטופס בעט שחור או כחול בלבד.



נא לשלוח את הטופס מלא לא יאחר מחודש ימים לאחר קבלתו  
באמצעות הדואר לכתובת "מחלקת מידע ובקרה אגף הרישוי: ת.ד. 270  
חולון מיקוד 5810201". רצוי לשמור בידך צילום של הטופס

בהתאם לתקנות התעבורה חובה על נהגים בני 70 ומעלה לבצע בדיקות רפואיות כתנאי לחידוש רישיון הנהיגה.

מילוי נכון של טופס זה והחזרתו לכתובת הרשומה לעיל בהקדם, יזרז הטיפול בחידוש רישיוןך.

אם ברשותך מסמכים רפואיים נוספים הנוגעים לכשירות הנהיגה, נא לצרפם לטופס.

במידה וממצאי הבדיקות שהובאו לידיעת אגף הרישוי אינם מספקים יתכן ותופנה לבדיקות נוספות (הכרוכות בתשלום אגרה) במכון הרפואי לבטיחות בדרכים כתנאי לחידוש רישיוןך.

לקראת מועד חידוש הרישיון ובתנאי שנמצאת כשיר לנהיגה, ושאינ באותו מועד כל מניעה חוקית אחרת לחידוש הרישיון (כגון פסילה או קנסות), ישלח רישיון לחידוש לכתובתך הרשומה ברשות האוכלוסין.

חייבי הבדיקות, לפי תקנה 196:

| סוג רישיון הנהיגה                                                                                                                     | גיל חידוש וביצוע הבדיקות הרפואיות                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| רכב ציבורי ( D,D1,D2,D3 ), כבד (C), גורר תומך (E),<br>היתרים לנהיגת אמבולנס, לנהיגת רכב כיבוי, לנהיגת<br>רכב חילוץ, מורה מוסמך לנהיגה | מגיל 60 עד גיל 70 בדיקה רפואית וחידוש הרישיון כל 5<br>שנים. מגיל 70 בדיקה רפואית וחידוש הרישיון כל שנתיים |
| פרטי (B), משא קל ( C1 ), טרקטור ( 1 ) אופנוע<br>(A2, A1, A)                                                                           | מגיל 70 עד גיל 80 בדיקה רפואית וחידוש הרישיון כל 5<br>שנים. מגיל 80 בדיקה רפואית וחידוש הרישיון כל שנתיים |

52208

למידע נוסף ניתן לפנות לטלפון \*5678  
בימים א' - ה' בין השעות 07:00 עד 20:00  
בימים ו' בין השעות 07:00 עד 13:00  
או באתר האינטרנט: [www.go.gov.il/mot](http://www.go.gov.il/mot)

המנעו מהגעה לסניף רישוי שלא לצורך! אם נדרשת הגעה לסניף,  
יש לזמן תור מראש באתר משרד התחבורה, ביישומון My Visit או במוקד הטלפוני \*5678

