



טופס בדיקות רפואיות לבעל רישיון נהיגה לרכב משא (מעל 3.5 טון) / ציבורי /

ציבורי זעיר/מסיעי ילדים/רכב בטחון/אופנוע דרגה A /מורה מוסמך לנהיגה

נכבד,

חידוש רישיון נהיגה שלך מותנה בביצוע 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, מסמכים רפואיים וחתימתך - יש לשלוח באמצעות הדואר לכתובת "מחלקת עדכון ובקרה" אגף הרישוי ת.ד. 270 חולון מיקוד 5810201.**

א. תוצאות הבדיקה הרפואית של כושר הראייה (ימולא ע"י רופא עיניים מומחה/אופטומטריסט מורשה)

עין	חדות ראייה 6/12 לפחות				שדה ראייה 140° לפחות				ראייה דו-עינית וכפל ראייה מס' עצמים מזהה
	בלוי משקפיים		עם משקפיים		כן		לא		
ימין	<input type="checkbox"/>	2							
שמאל	<input type="checkbox"/>	2							
יחד	<input type="checkbox"/>	3							
	<input type="checkbox"/>	4							

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

תאריך חותמת וחתימת הבדוק

ב. שאלון רפואי (סמן X בטורים כן או לא בהתאם לתשובה המתאימה)

רופא נכבד, בהתאם להוראות תקנות התעבורה מבקש רישיון נהיגה לרכב בדיקה רפואית אשר תכלול בדיקת מצבו הגופני והנפשי, ונתונים נוספים המשפיעים לדעתך על כשירותו לנהיגה. הבדיקה תיערך על ידי רופאו של המבקש, אשר יפרט את ממצאיו בטופס שקבע אגף 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 ודא שימלא אותו ויחתום עליו. לתשומת לב בעל הרישיון: יש לצרף סיכום מידע רפואי מהתיק האישי בקופת החולים המכלול את רשימת האבחנות והתרופות העדכניות

מס.	הצהרת מבקש הבדיקה (ימולא על ידי המבקש) עבור תשובה חיובית לאחד מהסעיפים יש לצרף סיכום ביקור מהרופא הרלוונטי (קרדיולוג/נוירולוג וכו') מחצי השנה האחרונה	כן	לא	מס.	שאלון רפואי (ימולא על ידי הרופא בהסתמך על בדיקה פיזיקלית, עיון במידע הרפואי והכרת הנבדק עבור תשובה חיובית לאחד מהסעיפים יש להפנות את הנבדק במידת הצורך, להערכת רופאה יועצת קלינית עדכנית	כן	לא
1	האם היו אירועים חוזרים של סחרחורת, חוסר שיווי משקל או אבדן הכרה: אם כן- נא לצרף סיכום ייעוץ עדכני מהנוירולוג המטפל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	האם ידוע לך אירועים חוזרים של: - סחרחורת; - חוסר שיווי משקל; - אובדן הכרה (למעט אירועים וזואליים ב-3 השנים האחרונות)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	האם אובחנת באפילפסיה (מחלת הכיפיון)? אם כן- נא לצרף סיכום ייעוץ עדכני מהנוירולוג המטפל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	האם הנבדק אובחן באפילפסיה? אם כן- יש להפנות את הנבדק לנוירולוג המטפל לקבלת סיכום ייעוץ עדכני	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	האם עברת אירוע מוחי (שבץ) מאז הונפק או חודש רישיון הנהיגה: אם כן- נא לצרף סיכום ייעוץ אחרון מהנוירולוג המטפל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	האם ידוע לך על אירוע מוחי או חבלת ראש חמורה, בגינם קיימת שארית משמעותית של הפרעה תפקודית סנסורית או מוטורית, כגון (יש להקף): חולשת גפה/הפרעת קואורדינציה/ אטקסיה/ פגיעה בשדה הראייה/אפאזיה/לקיחים קוגניטיביים?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	האם אובחנת במחלה ניוונית, כגון (יש להקף): פרקינסון/טרשת נפוצה/ALS/ אחר, פרט: _____ אם כן- נא לצרף סיכום ייעוץ עדכני מהנוירולוג המטפל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	האם ידוע לך על מחלת נוירודגנרטיבית פרוגרסיבית כגון (יש להקף): פרקינסון/MS/ALS/ אחר, פרט: _____ אם כן- יש להפנות את הנבדק לנוירולוג המטפל לקבלת סיכום ייעוץ עדכני	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	האם יש לך הגבלת תנועה חדשה מאז הונפק או חודש הרישיון הקודם (יש להקף): ביד/ימין/יד שמאל/רגל ימין/רגל שמאל בשל ירידה בתחושה/חולשה/ שיתוק/קטיעה? אם כן- נא לצרף סיכום ייעוץ אחרון מהנוירולוג/אורתופד המטפל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	האם ידוע לך על הפרעות תחושתיות ו/או מוטוריות, כגון (יש להקף): קישיון פרקים, אובדן טווח תנועה, חולשת גפיים או קטיעת גפה ללא פיצוי (למשל-פרוטזה מותאמת)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	א. האם עברת ניתוחים במחלת הסוכרת? אם כן- נא לצרף העתק של תוצאה עדכנית של בדיקת HbA1c% ב. האם מטופל באינסולין? ג. האם אובחנת בשנה האחרונה באירועים של ירידה חדה ברמת הסוכר (היפוגליקמיה) על רקע סוכרת? ציין את תאריך האירוע האחרון: ד. האם עברת ניתוחים בגין רטינופתיה סוכרתית? עבור תשובה חיובית לאחד מהסעיפים א' עד ד' נא לצרף סיכום מידע רפואי מהתיק האישי בקופת חולים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	האם ידוע לך על ניתוחים בגין רטינופתיה סוכרתית? א. ישנונית או עייפות יתר משמעותית או הירדמויות במהלך היום? ב. אבחנת דום נשימה בשינה?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	האם אובחנת במחלת לב או הפרעה בקצב הלב? אם כן- נא לצרף סיכום עדכני של ייעוץ קרדיולוגי ו/או מרפאת קוצבים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	האם קיימת מחלת לב או הפרעת קצב שאינן יציבות? אם כן- יש להפנות את הנבדק לקרדיולוג המטפל ו/או מרפאת קוצבים לקבלת סיכום ייעוץ עדכני	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	האם היית באשפוז פסיכיאטרי מאז הונפק או חודש רישיון הנהיגה? אם כן- נא לצרף סיכום ייעוץ עדכני מהפסיכיאטר המטפל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	האם ידוע לך על אירועים פסיכיאטריים/ בוחן מציאות לא תקין/ הפרעה בתובנה? אם כן- יש להפנות את הנבדק לפסיכיאטר המטפל לקבלת סיכום ייעוץ עדכני	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	האם קיימות הפרעות במהירות תגובה, זיכרון, התמצאות בזמן ובמקום?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	האם ידוע לך או קיים חשד, להפרעות במהירות התגובה, זיכרון, התמצאות בזמן ובמקום או דמנציה?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	האם אתה נוהג לצרוך באופן קבוע אלכוהול או סמים (שלא לצורך רפואי)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	האם ידוע לך שימוש כרוני באלכוהול או בסמים (שלא לצורך רפואי)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	א. האם אתה מרגיש: א. ישנונית או עייפות יתר משמעותית או הירדמויות במהלך היום? ב. דום נשימה בשינה? אם כן- יש לצרף תוצאת בדיקת שינה אחרונה שבוצעה ו/או דוח פריקת מכשיר C-PAP בשלושת החודשים האחרונים (במידה ומשומשם)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	האם ידוע לך על שימוש קבוע בחמצן? א. האם ידוע לך על ירידה בשמיעה? ב. האם מרכיב מכשיר שמיעה?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	ג. נרקולפסיה? אם כן- נא לצרף סיכום ייעוץ עדכני מהרופא הייעוץ המטפל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	האם נדרש שימוש בחמצן בזמן נהיגה, בשל מחלת ריאות?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	האם נדרש שימוש בחמצן בזמן נהיגה, בשל מחלת ריאות?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	א. האם אובחנת בירידה בשמיעה? ב. האם מרכיב מכשיר שמיעה? נא לצרף בדיקת שמיעה אחרונה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	האם נבדקת אי פעם במכון הרפואי לבטיחות בדרכים (מרב"ד)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	האם לדעתך יש צורך בהערכה נוספת במכון הרפואי לבטיחות בדרכים?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

230383

עבור תשובה חיובית לאחד מהסעיפים יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטים מחצי השנה האחרונה לקבלת טופס זה

ליותר דרגה ברישיון הנהיגה, נא מלא פרטים בצידו השני של הטופס

15	מצורפים סיכומי ביקור עדכניים מרופאים יועצים רלוונטיים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	מצורף סיכום מידע רפואי מהתיק האישי בקופת החולים המכיל את רשימת האבחנות והתרופות העדכניות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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 _____ חתימה _____ טלפון _____

מס' רישיון, חתימה וחותמת _____



נא לשלוח את טופס הבדיקות הרפואיות המלא לא יאוחר **משישה חודשים** לפני תום תוקף
 הרישיון אשר ברשותך באמצעות הדואר לכתובת "מחלקת עדכון ובקרה"
 אגף הרישוי: ת.ד. 270 חולון מיקוד 5810201 **יש לשמור בידך צילום של הטופס**

בהתאם לתקנות התעבורה, התשכ"א-1961, חובה על נהגים בני 70-60, בהתאם לדרגת רישיון
 הנהיגה וכאמור בתקנה 196 לתקנות לבצע בדיקות רפואיות כתנאי לחידוש רישיון הנהיגה.

מילוי נכון של טופס זה והחזרתו לכתובת הרשומה לעיל בהקדם, יזרו הטיפול בחידוש רישיוןך.
 אם ברשותך מסמכים רפואיים נוספים הנוגעים לכשירות הנהיגה, נא לצרפם לטופס.

במידה וממצאי הבדיקות שהובאו לידיעת אגף הרישוי אינם מספקים ייתכן ותופנה באמצעות
 מכתב/הודעה שישלחו אליך 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), ישלח רישיון לחידוש לכתובתך הרשומה ברשות האוכלוסין.

בקשה לביטול/ויתור דרגה

**לצורך ביטול/ויתור על דרגה ברישיון הנהיגה, מכל סיבה שהיא, לרבות לצורך הימנעות מביצוע
 בדיקות רפואיות, ניתן לפעול באחת הדרכים שלהלן:**

1. במקרה של ויתור על כל או חלק מדרגות הרישיון, ניתן למלא טופס דיגיטלי "בקשה לביטול
 דרגה ברישיון נהיגה" באתר האינטרנט של משרד התחבורה <https://go.gov.il/Cancellation>

או באמצעות סריקת הברקוד או בהגעה, בזימון תור מראש למשרד הרישוי.



2. במקרה של ויתור על כל הדרגות של רכב משא/ציבורי יש למלא את הפרטים ולחתום על
 ההצהרה שלהלן:

אני מצהיר בזה על רצוני לוותר על כל הדרגות של רכב משא/ציבורי, ידוע לי כי הדרגות אשר
 לא יבוטלו הן פרטי (B), טרקטור (1), אופנוע (A1) (A2)
 שם פרטי ומשפחה: _____ תעודת זהות: _____
 תאריך: _____ חתימה: _____

למידע נוסף ניתן לפנות *5678
 בימים א' - ה' בין השעות 07:00 עד 20:00
 בימים ו' וערבי חג בין השעות 07:00 עד 13:00
 או באתר האינטרנט של משרד התחבורה
www.go.gov.il/mot

**המנעו מהגעה לסניף רישוי שלא לצורך! אם נדרשת הגעה לסניף,
 יש לזמן תור מראש באתר משרד התחבורה, באתר Go visit או במוקד הטלפוני *5678.**

דף זה מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות, אך מיועד לנשים וגברים כאחד.