



מס' זהות	דרגת רשיון
מס' רשיון נהיגה	שנת לידה
תאריך חידוש	
הגבלות	

יש למלא את הטופס בעט שחור בלבד

נכבד,

חידוש רשיון הנהיגה שלך מותנה בצבעו 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 הראיה, בדיקת הרופא, תשובותיך וחתימתך - נא לשלוח לאגף הרישוי ת"ד 270, חולון 58102.** סמני X בטורים כן או לא בהתאם לתשובה המתאימה. **תוצאות הבדיקה הרפואית של כושר הראיה**

עין	חדות ראייה 6/12 לפחות				שדה ראייה 120° לפחות	ראיה דו-עינית וכפל ראייה מס' עצמים מזוהה	ימין		שמאל		יחד	
	בלי משקפיים	עם משקפיים	כן	לא			כן	לא	כן	לא	כן	לא
ימין	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
שמאל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
יחד	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

רופא נכבד, בהתאם להוראות תקנות התעבורה מבקש רשיון נהיגה יבדק בבדיקה רפואית אשר תכלול בדיקת מצבו הגופני והנפשי, ונתונים נוספים המשפיעים לדעתך על כשירותי לנהיגה. הבדיקה תיערך ע"י רופאו של המבקש, אשר יפרט את ממצאיו בטופס שקבעה רשות הרישוי ולפי הפרטים שבטופס. אי לכך, נבקשך לבדוק את מבקש הרשיון שפרטיו מצויינים בטופס הבדיקה ולמלא את הטופס על פרטיו. אנא הסבר לנבדק את חלק ב' של הטופס וודא שימלא אותו ויחתום עליו.

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

א	ב	ג
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם ידוע לך על מחלה נוירולוגית?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם עברת אירוע של איבוד הכרה ב-5 השנים האחרונות? אם כן, מתי? ומה הסיבה.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם סובלת/ת מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)? אם כן, מתי היה התקף אחרון? - האם מטופלת/ת תרופתית? פרט תרופות בדף נפרד. האם מאוזן?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם עבר/ה אירוע מוחי? מתי? פרט מצב קיים.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם יש הפרעות מוטוריות ו/או תחושתיות והפרעות בקואורדינציה? האם יש קשיין פרק או קטיעת גפה? פרט.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם סובלת/ת מסוכרת? אם כן, מה הטיפול שמקבלת/ת? האם היו ארועים של היפוגליקמיה? מתי? האם מאוזן?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם התרשמתי שיש הפרעות במהירות תנועה, זיכרון, התמצאות בזמן ובמקום?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם ידוע לך על שימוש כרוני בסמים או אלכוהול שלא לצורך רפואי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם סובלת/ת ממחלת לב? פרט תרופות בדף נפרד. האם סובלת/ת מהפרעות קצב? האם מאוזן?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם לדעתך יש הצדקה לשלוח את הנהג לבדיקה במכון הרפואי לבטיחות בדרכים? הערות.

אישור הרופא אני מצהיר כי הנ"ל חתם על הצהרתו וזיהיתי 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 _____ שם הרופא _____ מס' רשיון, חתימה וחותמת

אני החתום מטה מצהיר/ה שכל תשובותי בטופס זה, תואמות את האמת וידוע לי כי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, על כל רישום כוזב שערכת 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 לרא כוחו. **טופס ללא חתימה, לא יטופל.**

תאריך _____ חתימת מבקש/ת הבדיקה _____

לשימוש המשרד המלצת רופא הרישוי: כשיר לנהיגה נשלח למכון הרפואי לבטיחות בדרכים

תאריך _____ שם הרופא _____ חתימה וחותמת

רצוי לשמור בידך צילום של הטופס, לצורך בירור. נא לשלוח את הטופס המלא בהקדם ל- אגף הרישוי ת"ד 270 חולון 58102.

יש למלא את הטופס בעט שחור בלבד