

טופס בדיקות רפואיות לבעל רישיון נהיגה לרכב משא (מעל 3.5 טון) / ציבורי/ ציבורי זעיר/ מסייעי ילדים/ רכב בטחון/ אופנוע

מס' זהות	דרגת רישיון						
תאריך חידוש	שנת לידה						
מספר רישיון נהיגה							
הגבלות							
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							

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		ללא משקפיים	הבדיקה כולה בוצעה באמצעות מכשיר בדיקה המאושר על ידי משרד הבריאות.
	בלי משקפיים	עם משקפיים	כן	לא	כן	לא		
ימין	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
שמאל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
יחד	<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"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ב. שאלון רפואי (סמן X בטורים כן או לא בהתאם לתשובה המתאימה) **יש למלא את הטופס בעט שחור או כחול בלבד**
 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 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 וודא שימלא אותו ויחתום עליו. לתשומת לב בעל הרישיון: יש לצרף סיכום מידע רפואי מהתיק האישי בקופת החולים המכיל 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/ניורולוג 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: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	האם ידוע לך אירועים חוזרים של: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא - סחרחורת; - חוסר שיווי משקל;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	האם אובחנת באפילפסיה (מחלת הכיפיון): <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	האם הנבדק אובחן באפילפסיה: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם כן - יש להפנות את הנבדק לניורולוג המטפל לקבלת סיכום ייעוץ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	האם עברת אירוע מוחי (שבץ) מאז הונפק או חודש רישיון הנהיגה: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<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 להקפד): חולשת גפה/ הפרעת קואורדינציה/ אטקסיה/ פגיעה בשדה הראייה/ אפאזיה/ ליקויים קוגניטיביים:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	האם אובחנת במחלה ניוונית, כגון (יש להקפד): פרקינסון/ טרשת נפוצה/ ALS/ אחר, פרט: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	האם ידוע לך על מחלת נייורודגנרטיבית פרוגרסיבית כגון (יש להקפד): פרקינסון/ MS/ ALS/ אחר, פרט: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	האם יש לך הגבלת תנועה חדשה מאז הונפק או חודש הרישיון הקודם (יש להקפד): ביד/ ימין/ יד שמאל/ רגל/ ימין/ רגל שמאל בשל ירידה בתחושה/ חולשה/ שיתוק/ קטיעה: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	האם ידוע לך על הפרעות תחושתיות ו/או מוטוריות, כגון (יש להקפד): קישיון פרקים, אובדן טווח תנועה, חולשת גפיים או קטיעת גפה ללא פיצוי (למשל- פרוטזה מותאמת): <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	א. האם עברת ניתוחים במחלת הסוכרת: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא ב. האם מטופל באינסולין: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	א. האם ידוע לך על אירועים של היפוגליקמיה בשנה האחרונה: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא ב. האם ידוע לך על ניתוחים בגין רטינופתיה סוכרתית: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	האם אובחנת במחלת לב או הפרעה בקצב הלב: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	האם קיימת מחלת לב או הפרעת קצב שאינן יציבות: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	האם היית באשפוז פסיכיאטרי מאז הונפק או חודש רישיון הנהיגה: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	האם ידוע לך על אירועים פסיכיאטריים/ בוחן מציאות לא תקין/ הפרעה בתובנה: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	האם קיימות הפרעות במהירות תגובה, זיכרון, התמצאות בזמן ובמקום: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<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"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	האם אתה נוהג לצרוך באופן קבוע אלכוהול או סמים (שלא לצורך רפואי): <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	האם ידוע לך שימוש כרוני באלכוהול או בסמים (שלא לצורך רפואי): <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	א. האם אתה מרגיש: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא ב. האם יש לך עייפות יתר משמעותית או הירדמויות במהלך היום: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	א. ישננות או עייפות יתר משמעותית או הירדמויות במהלך היום: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא ב. אבחנת דום נשימה בשינה: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	האם נדרש שימוש בחמצן בזמן נהיגה, בשל מחלת ריאות: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	ג. נרקולפסיה: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא באבחנת נרקולפסיה- יש להפנות את הנבדק לניורולוג המטפל לקבלת סיכום ייעוץ עדכני	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	האם אובחנת בירידה בשמיעה: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	האם ידוע לך על שימוש קבוע בחמצן: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	האם נבדקת אי פעם במכון הרפואי לבטיחות בדרכים (מרב"ד): <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	א. האם ידוע לך על ירידה בשמיעה: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא ב. האם מרכיב מכשיר שמיעה: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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"/>

ליתור דרגה ברישיון הנהיגה, נא מלא פרטים

בציודו השני של הטופס

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 וחורתמת _____



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.