



טופס בדיקות רפואיות לבעל רישיון נהיגה
מסוג פרטי/דו-גלגלי (דרוגות A1, A2, B)/טרקטור

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>							

נכבד,
 חידוש רישיון הנהיגה שלך מותנה בביצוע ביקורת רפואית, שתכלי 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 120 לפחות				ראייה דו-עינית וכפל ראייה מס' עצמים מזוהה
	בלי משקפיים	לא	כן	עם משקפיים	לא	כן	לא	כן	
ימין	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
שמאל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
יחד	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<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 ע"י משרד הבריאות.

חתימת וחתימת הבדוק

תאריך

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 ייבדק בבדיקה רפואית אשר תכלול בדיקת מצבו הגופני והנפשי, ונתונים נוספים המשפיעים לדעתך על כשירותו לנהיגה. הבדיקה תיערך ע"י רופא או מבקש, 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. אגף הסבר לנבדק את חלק ב' של הטופס וודא שימלא אותו ויחתום עליו.

מס.	הצהרת מבקש הבדיקה (ימולא ע"י המבקש)	מס.	שאלון רפואי (ימולא ע"י הרופא בהסתמך על בדיקה פיזיקלית, עיון במידע הרפואי והכרת הנבדק) עבור תשובה חיובית לאחד מהסעיפים יש לצרף סיכום ביקור מהרופא הרלוונטי (קרידולוג/נוירולוג וכו') מחצי השנה האחרונה ולחתום על טופס ויתור סודיות רפואית המצורף למכתב זה	כן	לא
1	האם היו אירועים חוזרים של סחרחורת, חוסר שיווי משקל או אבדן הכרה: אם כן- נא לצרף סיכום ייעוץ עדכני מהנוירולוג המטפל	1	האם ידוע לך אירועים חוזרים של: - סחרחורת! -חוסר שיווי משקל!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	האם אובחנת באפילפסיה (מחלת הכיפיון): אם כן- נא לצרף סיכום ייעוץ עדכני מהנוירולוג המטפל	2	האם הנבדק אובחן באפילפסיה: אם כן- יש להפנות את הנבדק לנוירולוג המטפל עבור סיכום ייעוץ עדכני	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	האם עברת אירוע (שבץ) מאז הונפק או חודש רישיון הנהיגה: אם כן- נא לצרף סיכום ייעוץ אחרון מהנוירולוג המטפל	3	האם ידוע לך 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: אם כן- נא לצרף סיכום ייעוץ עדכני מהנוירולוג המטפל	4	האם ידוע לך על מחלת נוירודגנרטיבית פרוגרסיבית כגון (יש להקפד): פרקינסון/MS/ALS/ אחר, פרט: אם כן- יש להפנות את הנבדק לנוירולוג המטפל עבור סיכום ייעוץ עדכני	<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, חולשת שיתוק או קטיעה: אם כן- נא לצרף סיכום ייעוץ אחרון מהנוירולוג/אורתופד המטפל	5	האם ידוע לך על הפרעות תחושתיות ו/או מוטוריות, כגון (יש להקפד): קשייון פרקים, אובדן טווח תנועה, חולשת גפיים או קטיעת גפה ללא פיזיו (למשל-פרוטזה מותאמת)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	א. האם אובחנת 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 (היפולקיאמיה) על רקע סוכרת: ציון את תאריך האירוע האחרון: _____	6	א. האם ידוע לך על אירועים של היפולקיאמיה בשנה האחרונה? ב. האם ידוע לך על ניתוחים בגין רטינופתיה סוכרתית?	<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	7	האם קיימת מחלת לב או הפרעת קצב שאינן יציבות: אם כן- יש להפנות את הנבדק לקרדיולוג המטפל ו/או מרפאת קוצבים עבור 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	8	האם ידוע לך על אירועים פסיכיאטריים/ בוחן מציאות לא תקין/ הפרעה בתובנה: אם כן- יש להפנות את הנבדק לפסיכיאטר המטפל עבור סיכום ייעוץ עדכני	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	האם קיימות הפרעות במהירות תגובה, זיכרון, התמצאות בזמן ובמקום: אם כן- נא לצרף סיכום ייעוץ עדכני	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):	10	האם ידוע לך שימוש כרוני באלכוהול או בסמים (שלא לצורך רפואי)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	האם אתה מרגיש: א. ישנוניות או עייפות יתר משמעותית או הירדמויות במהלך היום: ב. דום נשימה בשינה: ג. נרדופסיה: אם כן- נא לצרף סיכום ייעוץ עדכני מהרופא המטפל	11	האם ידוע לך על: א. ישנוניות או עייפות יתר משמעותית או הירדמויות במהלך היום: ב. אבחנת דום נשימה בשינה: ג. נרדופסיה: באבחנת נרדופסיה- יש להפנות את הנבדק לנוירולוג עבור סיכום ייעוץ עדכני	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	האם נדרש שימוש בחמצן בזמן נהיגה, בשל מחלת ריאות:	12	האם ידוע לך על שימוש קבוע בחמצן?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	האם נבדקת אי פעם במכון הרפואי לבטיחות בדרכים (מרב"ד)?	13	האם לדעתך יש צורך בהערכה נוספת במכון הרפואי לבטיחות בדרכים?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	מצורפים סיכומי ביקור עדכניים מרופאים יועצים רלוונטיים		עבור תשובה חיובית לאחד מהסעיפים יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים מחצי השנה האחרונה לקבלת טופס זה וטופס חתום ויתור על סודיות רפואית המצורף למכתב זה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

230359

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

מס' רישיון, חתימה וחותמת

שם הרופא

תאריך

אני החתום מטה מצהיר שכל תשובותיי בטופס זה תואמות את האמת וידוע לי כי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק, על כל רישום כוזב שערכת בטופס זה.

אני מצהיר ומתחייב למסור לאגף הרישוי במשרד התחבורה ו/או מי מטעמו ובכלל זה לרופא המוסמך ו/או מי מטעמו, ידיעות מלאות וכנות על מחלותי וליקויי הבריאותיים.

אני מוותר על הסודיות הרפואית בנוגע למצבי הבריאותי ו/או למחלותיי, לגבי המוסדות הרפואיים הבודקים אותי והנני מבקש בזאת מכל מוסד רפואי למסור כל מידע בקשר למחלותיי, מצבי הרפואי וכל מידע אחר שידרש לרופא המוסמך ו/או לאגף הרישוי ו/או מי מטעמו.

טופס ללא חתימה לא טובל

תאריך

חתימה

טלפון

יש לשמור בידך צילום של הטופס לצורך בירור.
 יש לשלוח באמצעות הדואר לכתובת "מחלקת עדכון ובקרה" אגף הרישוי ת.ד. 270 חולון מיקוד 5810201
 דף זה מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות, אך מיועד לנשים וגברים כאחד.



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 בידיך צילום של הטופס**

בהתאם לתקנות התעבורה, התשכ"א-1961, חובה על נהגים בני 75, 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, יזרז 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.

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.