

מדינת ישראל
המשרד לביטחון הפנים
האגף לרישוי כלי ירייה



לתשומת לבך

- טופס זה ייחתם על ידי רופא המשפחה או רופא אחר שעניין בתיקו הרפואי של המצהיר.
- את הצהרת הבריאות לאחר חתימת הרופא יש לצרף למסמכי הבקשה לקבלת רישיון לכלי ירייה. יש לשמור עותק מההצהרה החתומה, ולמסור אותה למנהל המטוווח לפני ביצוע ההכשרה במטוווח. ההצהרה (כולל האישור על ההכשרה) תועבר לאחור ההכשרה, על ידי מנהל המטוווח, לפקיד הרישוי במשרד לביטחון הפנים.
- לחלופין, באפשרותך למסור את ההצהרה לאחר חתימת הרופא ישירות לפקיד הרישוי לפני ביצוע המשך הליך ההכשרה במטוווח. במקרה כזה, פקיד הרישוי יבדוק את ההצהרה וייתן בידך אישור להמשך הליך הרישוי.

הצהרת בריאות

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת הזהות	שנת לידה

עיסוק	כתובת - רח'	בית	דירה	ת"ד	יישוב	מיקוד

כתובת דוא"ל _____@_____

ממצאים רפואיים / שאלון רפואי (ימולא על ידי הרופא לאחר בדיקה)	
1. האם ידוע לך על מחלה נירולוגית?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
2. האם היו אירועים של איבוד הכרה ב-5 השנים האחרונות? אם כן, מתי? _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
3. האם סובלת/מאפילפסיה (מחלת הכפיון). אם כן, מתי היה ההתקף האחרון? _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
4. האם עברה/אי פעם אירוע מוחי? (שבץ מוחי) אם כן, מתי? _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
5. האם יש הפרעות מוטוריות ו/או תחושתיות והפרעות בקואורדינציה?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
6. האם יש קשיון פרק או קטיעה? פרט: _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
7. האם סובלת/ממחלת לב? האם סובלת/מהפרעות קצב? אם כן, פרט: _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
8. האם ידוע על הפרעות פסיכיאטריות?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
9. האם ניתן טיפול תרופתי פסיכיאטרי?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
10. האם לדעתך ישנו מקום להערכה פסיכיאטרית עדכנית?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
אישור הרופא	
אני מאשר כי זיהיתי על פי תעודה מזהה את המבקש, אשר חתם על הצהרתו, וכי מילאתי את השאלון הרפואי, למיטב ידיעתי, על סמך על סמך אחד מאלה:	
<input type="checkbox"/>	אני מטפל קבוע במבקש, זה שלוש שנים לפחות בקופת החולים _____
<input type="checkbox"/>	אני מטפל במבקש שהוא עולה חדש וטרם חלפו שלוש שנים מיום עלייתו.
<input type="checkbox"/>	עיינתי בתיקו הרפואי בכל קופת חולים שבה היה בשלוש השנים שקדמו לבדיקה.
	תאריך _____
	שם הרופא _____
	מספר רישיון (חתימה וחומתמת) _____

הצהרת מבקש/ת הבדיקה (ימולא על ידי המבקש/ת)	
1. האם עברת אירוע איבוד הכרה ב-5 השנים האחרונות? אם כן, מתי? _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
2. האם אתה סובל/מסחרחורות ומחוסר שיווי משקל?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
3. האם אתה/סובלת/מאפילפסיה? (מחלת הכפיון) אם כן, מתי היה ההתקף האחרון? _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
4. האם אתה/מקבלת/בקביעות תרופות? אם כן, פרט: _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
5. האם עברת/אי פעם אירוע מוחי? (שבץ מוחי) אם כן, מתי? _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
6. האם אתה סובלת/ממחלת לב? אם כן, פרט: _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
7. האם אתה/סובלת/מסכרת? אם כן, מהו סוג הטיפול שאתה/מקבלת/לאיזון הסוכרת? _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
8. האם עברת התקפים של ירידה חדה ברמת הסוכר בדם?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
9. האם יש לך הפרעות במהירות התגובה: זיכרון, התמצאות בזמן ובמקום?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
10. האם אתה/סובלת/מבעיות נפשיות? אם כן, האם טופלת או שאתה/מטופלת? נא פרט: _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
11. האם אתה/נוטלת/או נטלת בעבר תרופות המיועדות לטיפול במחלת נפש, מצבי רוח, ערנות ובעיות שינה?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
12. האם אתה/נוטלת/סמים או תרופות העלולות להשפיע על מצב ההכרה או יכולת השיפוט שלך?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
13. האם אתה/צורך/משקאות חריפים?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
14. האם אושפזת בעבר במוסד לגמילה או במוסד פסיכיאטרי? אם כן, נא פרט: _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
אני החתום מטה מצהיר/ה שכל תשובותיי בטופס זה הן אמת, וידוע לי כי על כל רישום כוזב שערכתי בטופס זה אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק.	
אני מצהיר/ה ומתחייב/ת למסור לרופא המוסמך מטעם הרשות ידיעות מלאות ונכונות על מחלותיי וליקויי הבריאותיים. אני מוותר/ת על הסודיות בנוגע למחלותיי, לגבי המוסדות הרפואיים הבודקים אותי, ואני מבקש/ת בזאת מכל מוסד רפואי למסור כל מידע בנוגע למחלותיי, מצבי הרפואי וכל מידע אחר שיירש לרופא מוסמך או לבא כוחו.	
	תאריך _____
	חתימת מבקש הבדיקה _____