



מדינת ישראל

המשרד לביטחון הפנים

האגף לרישוי כלי ירייה



לתשומת לבך

- טופס זה יחתם על ידי רופא המשפחה או רופא אחר שעיין בתיקו הרפואי של המצחיר.
- את הצהרת הבריאות, לאחר חתימת הרופא, יש למסור למנהל המטווה לפני ביצוע ההכשרה במטווה. ההצהרה (כולל האישור על ההכשרה) תועבר לאחר ההכשרה, על ידי מנהל המטווה, לפקיד הרישוי במשרד לביטחון הפנים. לחילופין, באפשרותך למסור את ההצהרה לאחר חתימת הרופא ישירות לפקיד הרישוי לפני ביצוע המשך הליך ההכשרה במטווה. במקרה כזה, פקיד הרישוי יבדוק את ההצהרה וייתן בידך אישור להמשך הליך הרישוי.

הצהרת הבריאות (הכוללת את אישור הרופא הבודק) שניתנה על ידי משרד התחבורה, תוכר כתחליף להצהרה זו עד תום שנה שלמה מיום חתימת הרופא על גביה, על פי הצגתה.

הצהרת בריאות

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת הזהות	שנת לידה

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

כתובת דוא"ל

@

ממצאים רפואיים / שאלון רפואי

(ימולא ע"י הרופא לאחר בדיקה)

הצהרת מבקש/ת הבדיקה

(ימולא ע"י המבקש/ת)

<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	1. האם ידוע לך על מחלה נירולוגית?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	2. האם היו אירועים של איבוד הכרה ב-5 השנים האחרונות? אם כן, מתי?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	3. האם סובלת/מאפילפסיה (מחלת הכפיון). אם כן, מתי היה ההתקף האחרון?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	4. האם עברה/אי פעם אירוע מוחי? (שבץ מוחי) אם כן, מתי?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	5. האם יש הפרעות מוטוריות ו/או תחושתיות והפרעות בקואורדינציה?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	6. האם יש קשיון פרק או קטיעה? פרט:
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	7. האם סובלת/ממחלת לב? האם סובלת/מהפרעות קצב? אם כן, פרט:
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	8. האם ידוע על הפרעות פסיכיאטריות?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	9. האם ניתן טיפול תרופתי פסיכיאטרי?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	10. האם לדעתך ישנו מקום להערכה פסיכיאטרית עדכנית?

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 העובדה כי (סמן את הערך המבוקש):

אני מטפל קבוע במבקש, זה שלוש שנים לפחות בקופת החולים _____

אני מטפל במבקש שהוא עולה חדש וטרם חלפו שלוש שנים מיום עלייתו.

עיינתי בתיקו הרפואי בכל קופת חולים שבה היה בשלוש השנים שקדמו לבדיקה.

תאריך _____

שם הרופא _____

מספר רישיון (חתימה וחומת) _____

<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	1. האם עברת אירוע איבוד הכרה ב-5 השנים האחרונות? אם כן, מתי?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	2. האם אתה סובל מסחרחורות ומחוסר שיווי משקל?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	3. האם אתה/סובלת/מאפילפסיה? (מחלת הכפיון) אם כן, מתי היה ההתקף האחרון?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	4. האם אתה/מקבלת/בקביעות תרופות? אם כן, פרט
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	5. האם עברת אי פעם אירוע מוחי? (שבץ מוחי) אם כן, מתי?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	6. האם אתה סובלת/ממחלת לב? אם כן, פרט
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	7. האם אתה/סובלת/מסכרת? אם כן, מהו סוג הטיפול שאתה/מקבלת לאיזון הסוכרת?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	8. האם עברת התקפים של ירידה חדה ברמת הסוכר בדם?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	9. האם יש לך הפרעות במהירות התגובה: זיכרון, התמצאות בזמן ובמקום?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	10. האם אתה/סובלת/מבעיות נפשיות? אם כן, האם טופלת או שאתה/מטופלת? נא פרט:
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	11. האם אתה/נוטלת/או נטלת בעבר תרופות המיועדות לטיפול במחלת נפש, מצבי רוח, ערנות ובעיות שינה?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	12. האם אתה/נוטלת/סמים או תרופות העלולות להשפיע על מצב ההכרה או יכולת השיפוט שלך?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	13. האם אתה/צורך/משקאות חריפים?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	14. האם אושפזת בעבר במוסד לגמילה או במוסד פסיכיאטרי? אם כן, נא פרט:

אני החתום מטה מצהיר/ה שכל תשובתיי בטופס זה הן אמת, וידוע לי כי על כל רישום כוזב שערכת ביטופס 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 שיידרש לרופא מוסמך או לבא כוחו.

תאריך _____

חתימת מבקש הבדיקה _____