



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

יש למלא את הטופס בעט שחור בלבד

נכבדי,

חידוש רישיון נהיגה שלך מותנה בבצוע 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 140° לפחות				ראיה דו-עינית וכפל ראיה מס' עצמים מזוהה
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
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

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

בדיקות לבעל רישיון נהיגה לרכב משא (מעל 3.5 טון)/צבורי/ צבורי זעיר/ מסיעי ילדים/ רכב ביטחון אופנוע דרגה A/מורה מוסמך לנהיגה

כן	לא	ג.ממצאים רפואיים/שאלון רפואי ימולא ע"י הרופא לאחר בדיקה פיזיקלית ועיון בכרטיס הרפואי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. האם ידוע לך על מחלה נוירולוגית?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. האם היו אירועים של איבוד הכרה ב-5 השנים האחרונות? אם כן, מתי? ומה הסיבה.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. האם סובל/ת מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)? אם כן, מתי היה התקף אחרון? - האם מטופל/ת תרופתית? פרט תרופות בדף נפרד. האם מאוזן?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. האם עבר/ה אירוע מוחי (שבץ מוחי)? אם כן, מתי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. האם יש הפרעות מוטוריות /או תחושתיות והפרעות בקואורדינציה? האם יש קשיין פרק או קטיעת גפה? פרט: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. האם סובל/ת מסוכרת? אם כן, מה הטיפול שמקבל/ת? האם היו ארועים של היפוגליקמיה? מתי? האם מאוזן?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. האם סובל/ת ממחלת לב? פרט תרופות בדף נפרד. האם סובל/ת מהפרעות קצב? האם מאוזן?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. האם ידוע לך על בעיות נפשיות שבגנים מטופל/ת-טופל/ה ע"י פסיכולוג/פסיכיאטר?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. האם ידוע לך על שימוש כרוני בסמים או אלכוהול שלא לצורך רפואי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. האם התרשמת שיש הפרעות במהירות תגובה, זיכרון, התמצאות בזמן ובמקום?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. האם ידוע לך על דום נשימה בשינה? פרט חומרה והשפעה על נהיגה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. האם לדעתך יש הצדקה לשלוח את הנהג לבדיקה במכון הרפואי לבטיחות בדרכים?
		13. אבחנות נוספות, הערות: _____

כן	לא	ב. הצהרת מבקש/ת הבדיקה (ימולא ע"י המבקש/ת)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. האם הנך סובל/ת מסחרחורת או חוסר שיווי משקל?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. האם עברת אירוע של איבוד הכרה ב-5 השנים האחרונות? אם כן, מתי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. האם את/ה סובל/ת מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)? אם כן, מתי היה התקף האחרון? האם את/ה מקבל/ת בקביעות תרופות לאפילפסיה? אם כן פרט: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. האם עברת אי פעם אירוע מוחי (שבץ מוחי)? אם כן, מתי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. האם יש לך הגבלה בתנועה ביד או ברגל בגלל ירידה בתחושה, חולשה, שיתוק או קטיעה?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. האם את/ה סובל/ת מסוכרת? סוג הטיפול שהנך מקבל/ת לאיזון הסוכרת: _____ האם עברת התקפים של ירידה חדה ברמת הסוכר בדם (היפוגליקמיה)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. האם את/ה סובל/ת ממחלת לב/ מאי סדירות בדופק הלב? האם הינך מקבל/ת טיפול? האם יש לך קוצב לב? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. האם את/ה סובל/ת מבעיות נפשיות? אם כן, האם טופל/ת מטופל/ת בגנים?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. האם יש לך ירידה בשמיעה? אם כן, האם מרכיבה מכשיר שמיעה? נא לצרף בדיקות שמיעה אחרונות.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. האם הינך מקבל/ת בקביעות תרופות? אם כן, פרט: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. האם יש לך נטיה לישנוניות/הרדמות יתר במשך היום?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. האם נבדקת אי פעם במכון הרפואי לבטיחות בדרכים? אם כן מתי: _____

13. 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 שערכתי 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 והגני מבקש/ת באת מכל מוסד רפואי למסור כל מידע בקשר למחלותי, מצבי הרפואי וכל מידע אחר שיידרש לרופא המוסמך או לבא כוחו. טופס ללא חתימה לא יטופל

אישור הרופא
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' רישיון, חתימה וחותמת

תאריך _____ חתימת מבקש/ת הבדיקה

14. אני מצהיר בזה על רצוני לוותר על דרגה/היתר כדלקמן:
 C1 מסחרי עד 12 טון מסחרי מעל 12 טון מונית נורו תומך C,E
 D1 אוטובוס אוטובוס זעיר אוטובוס זעיר פרטי רכב הצלה ובטחון 101-103
 D2 אוטובוס אוטובוס זעיר אוטובוס זעיר פרטי רכב הצלה ובטחון 101-103
 120 הסעת ילדים לפי תקנה 84 אופנוע דרגה A

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 בהקדם ל- אגף הרישוי ת"ד 270 חולון 58102 יש למלא את הטופס בעט שחור בלבד