00

0

מדינת ישראל
משרד התחבורה והבטיחות בדרכים

051011658-1

5423

30/03/2021

שיינולד חיים
ילין דוד 22
תל אביב יפו

מס' זהות	דרגת רישיון
05101165-8	B

מספר רישיון נהיגה	שנת לידה	תאריך חידוש
1539401	1951	11/21

הגבלות

666	244	920		

יש למלא את הטופס בעט שחור או כחול בלבד

נכבדי,

חידוש רישיון הנהיגה שלך מותנה בבצוע ביקורת רפואית, שתכיל 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 וחתימתך - יש לשלוח במייל medtest@mot.gov.il או למספר פקס 03-6849890.**

סמן/י **X** בטורים כן או לא בהתאם לתשובה המתאימה.

א. תוצאות הבדיקה הרפואית של כושר הראיה

עין	חדות ראיה 6/12 לפחות – בלי משקפיים		עם משקפיים		שדה ראיה 120° לפחות		ראיה דו-עינית וכפל ראיה מס' עצמים מזוהה		
	כן	לא	כן	לא	כן	לא		כן	לא
ימין	☒	☐	☐	☐	☒	☐	1	☒	☐
שמאל	☒	☐	☐	☐	☒	☐	2	☒	☐
יחד	☒	☐	☐	☐	☒	☐	3	☒	☐
							4	☐	☒

ימולא ע"י רופא עיניים מומחה או אופטומיטריסט מורשה

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.

דנה זילברברג
אופטומטריסטית
מ.ר 95824

18.5.23
תאריך

רופא נכבד, בהתאם להוראות תקנות התעבורה מבקש רישיון נהיגה יבדק בבדיקה רפואית אשר תכלול בדיקת מ[illegible] והנפשי, **ונתונים נוספים המשפיעים לדעתך על כשירותו לנהיגה**. הבדיקה תיערך ע"י 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 ווודא שימלא אותו ויחתום עליו.

ב. בדיקות לבעל רישיון נהיגה מסוג פרטי/דו-גלגלי (דרגות A1,A2,B)/טרקטור.

הצהרת מבקש/ת הבדיקה (ימולא ע"י המבקש/ת)	כן	לא
1. האם הנך סובל/ת מסחרחורות או חוסר שיווי משקל?	☐	☒
2. האם עברת אירוע של איבוד הכרה ב-5 השנים האחרונות? אם כן, מתי?	☐	☒
3. האם את/ה סובל/ת מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)? אם כן, מתי היה ההתקף האחרון? ______ האם את/ה מקבל/ת בקביעות תרופות? אם כן פרט	☐	☒
4. האם עברת אי פעם אירוע מוחי (שבץ מוחי)? אם כן, מתי? ______	☐	☒
5. האם יש לך הגבלה בתנועה ביד או ברגל בגלל ירידה בתחושה, חולשה, שיתוק או קטיעה?	☐	☒
6. האם את/ה סובל/ת מסוכרת? סוג הטיפול שהנך מקבל/ת לאיזון הסוכרת: אינסולין האם עברת התקפים של ירידה חדה ברמת הסוכר בדם (היפוגליקמיה)?	☐	☒
7. האם את/ה סובל/ת מבעיות נפשיות? אם כן, האם טופלת/ מטופל/ת בגינם?	☐	☒
8. האם הינך מקבל/ת בקביעות תרופות? אם כן, פרט LIPITOR	☒	☐
9. האם הינך סובל/ת ממחלת לב? אם כן, פרט:	☐	☒
10. האם נבדקת אי פעם במכון הרפואי לבטיחות דרכים? אם כן, מתי?	☐	☒

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 אגף הרישוי, ידיעות מלאות ונכונות על מחלותי וליקויי הבריאותיים. אני מוותר/ת על הסודיות בנוגע למחלותי, לגבי המוסדות הרפואיים הבודקים אותי והנני מבקש/ת בזאת מכל מוסד רפואי למסור כל מידע בקשר למחלותי, מצבי הרפואי וכל מידע אחר שיידרש לרופא המוסמך או לבא כוחו.

טופס ללא חתימה, לא יטופל.

Chaim Scheinwald
חתימת מבקש/ת הבדיקה

21/5/23
תאריך

ג. ממצאים רפואיים/שאלון רפואי ימולא ע"י הרופא לאחר בדיקה פיזיקלית ועיון בכרטיס הרפואי	כן	לא
1. האם ידוע לך על מחלה נוירולוגית?	☐	☒
2. האם היו אירועים של איבוד הכרה ב-5 השנים האחרונות? **אם כן, מתי? ומה הסיבה.**	☐	☒
3. האם סובל/ת מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)? ______ **אם כן, מתי היה התקף אחרון?** **- האם מטופל/ת תרופתית?** **פרטי תרופות בדף נפרד. האם מאוזן?**	☐	☒
4. האם עבר/ה אירוע מוחי? מתי? **פרט מצב קיים.**	☐	☒
5. האם יש הפרעות מוטוריות ו/או תחושתיות והפרעות בקואורדינציה? האם יש קשיון פרק או קטיעת גפה? **פרט:** ______	☐	☒
6. האם סובל/ת [✓ מסוכרת]? אם כן, מה הטיפול שמקבל/ת? אינסולין האם היו ארועים של היפוגליקמה? מתי? האם מאוזן?	☐	☒
7. האם התרשמת שיש הפרעות במהירות תגובה, זיכרון, התמצאות בזמן ובמקום?	☐	☒
8. האם ידוע לך על בעיות נפשיות שבגינם מטופל/ת טופל/ה ע"י פסיכולוג/פסיכיאטר?	☐	☒
9. האם ידוע לך על שימוש כרוני בסמים או אלכוהול שלא לצורך רפואי?	☐	☒
10. האם סובל/ת ממחלות לב? פרט תרופות בדף נפרד. האם סובל/ת מהפרעות קצב? **האם מאוזן?**	☐	☒
11. האם לדעתך יש הצדקה לשלוח את הנהג לבדיקה במכון הרפואי לבטיחות בדרכים?	☐	☒
12. האם יש מניעה מאישור כשירות נהיגה לפי הבנתי המקצועית במצב הרפואי הנוכחי?	☐	☒

13. הערות ______

ין / היפוגליק

אישור הרופא

אני מצהיר כי הנ"ל חתם על הצהרתו וזיהיתי את המבקש על פי תעודה מזהה.

☒ **אני מטופל דרך קבע במבקש, זה שלוש שנים לפחות, בקופ"ח** ______

כללי: מצב [illegible]

☐ **אני מטופל 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
ד"ר מוטי פריד סגן מנהל מחלקה פנימית מרכז רפואי תל אביב מ.ר. 19308	ד"ר מוטי פריד	21/5/23

לשימוש המשרד

☐ כשיר לנהיגה ☐ נשלח למכון הרפואי לבטיחות בדרכים

המלצת רופא הרישוי:

חתימה וחותמת

שם הרופא

תאריך

רצוי לשמור בידך צילום של הטופס לצורך בירור. ניתן לשלוח במייל medtest@mot.gov.il או למספר פקס 03-6849890.
יש למלא את הטופס בעט שחור או כחול בלבד.

0

52208

J17752208/52209 Oniya