



**טופס בדיקות רפואיות לבעל רישיון נהיגה לרכב משא (מעל 3.5 טון) / ציבורי /**

**ציבורי זעיר/מסיעי ילדים/רכב בטחון/אופנוע דרגה A /מורה מוסמך לנהיגה**

נכבד,

חידוש רישיון נהיגה שלך מותנה בביצוע 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 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 140° לפחות				ראייה דו-עינית וכפל ראייה מס' עצמים מזוהה
	בלוי משקפיים		עם משקפיים		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

**ב. שאלון רפואי** (סמן X בטורים כן או לא בהתאם לתשובה המתאימה)  
 רופא נכבד, בהתאם להוראות תקנות התעבורה מבקש רישיון נהיגה יבדק בבדיקה רפואית אשר תכלול בדיקת מצבו הגופני והנפשי, ונתונים נוספים המשפיעים לדעתך על כשירותו לנהיגה. הבדיקה תיערך על ידי 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. אגף הרישוי יבדוק את חלק ב' של הטופס וודא שימלא אותו ויחתום עליו. **לתשומת לב בעל הרישיון: יש לצרף סיכום מידע רפואי מהתיק האישי בקופת החולים המכיל את רשימת האבחנות והתרופות העדכניות**

מס.	הצהרת מבקש הבדיקה (ימולא על ידי המבקש) עבור תשובה חיובית לאחד מהסעיפים יש לצרף סיכום ביקור מהרופא הרלוונטי (קרדיולוג/ניורולוג וכו') מחצי השנה האחרונה	כן	לא	מס.	שאלון רפואי (ימולא על ידי הרופא בהסתמך על בדיקה פיזיקלית, עיון במידע הרפואי והכרת הנבדק עבור תשובה חיובית לאחד מהסעיפים יש להפנות את הנבדק במידת הצורך, להערכת רופאה יועצת קלינית עדכנית	כן	לא
1	האם היו אירועים חוזרים של סחרחורת, חוסר שיווי משקל או אבדן הכרה: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	האם ידוע לך אירועים חוזרים של: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא - סחרחורת; - חוסר שיווי משקל;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	האם אובחנת באפילפסיה (מחלת הכיפיון)? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	האם הנבדק אובחן באפילפסיה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם כן - יש להפנות את הנבדק לניורולוג המטפל לקבלת סיכום ייעוץ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	האם עברת אירוע מוחי (שבץ) מאז הונפק או חודש רישיון הנהיגה: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	האם ידוע לך על אירוע מוחי או חבלת ראש חמורה, בגינם קיימת שארית משמעותית של הפרעה תפקודית סנסורית או מוטורית, כגון (יש להקף): חולשת גפה/הפרעת קואורדינציה/ אטקסיה/ פיגועה בשדה הראייה/אפאזיה/ליקויים קוגניטיביים?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	האם אובחנת במחלת ניוונית, כגון (יש להקף): פרקינסון/טרשת נפוצה/ALS/ אחר, פרט: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	האם ידוע לך על מחלת נייורוגנרטיבית פרוגרסיבית כגון (יש להקף): פרקינסון/MS/ALS/ אחר, פרט: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא להפנות את הנבדק לניורולוג המטפל לקבלת סיכום ייעוץ עדכני	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	האם אובחנת במחלת הסוכרת? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	האם ידוע לך על הפרעות תחושתיות ו/או מוטוריות, כגון (יש להקף): קישיון פרקים, אובדן טווח תנועה, חולשת גפיים או קטיעת גפה ללא פיצוי (למשל-פרוטזה מותאמת)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	האם אובחנת בשנה האחרונה באירועים של ירידה חדה ברמת הסוכר (היפוגליקמיה) על רקע סוכרת? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	האם ידוע לך על אירועים של היפוגליקמיה בשנה האחרונה? א. <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא ב. האם ידוע לך על ניתוחים בגין רטינופתיה סוכרתית?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	האם אובחנת במחלת לב או הפרעה בקצב הלב? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	האם קיימת מחלת לב או הפרעת קצב שאינן יציבות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם כן - יש להפנות את הנבדק לקרדיולוג המטפל ו/או מרפאת קוצבים לקבלת סיכום ייעוץ עדכני	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	האם היית באשפוז פסיכיאטרי מאז הונפק או חודש רישיון הנהיגה: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	האם ידוע לך על אירועים פסיכיאטריים/ בוחן מציאות לא תקין/ הפרעה בתובנה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא יש להפנות את הנבדק לפסיכיאטר המטפל לקבלת סיכום ייעוץ עדכני	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	האם קיימות הפרעות במהירות תגובה, זיכרון, התמצאות בזמן ובמקום? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	האם ידוע לך או קיים חשד, להפרעות במהירות התגובה, זיכרון, התמצאות בזמן ובמקום או דמנציה? האם ידוע לך שימוש כרוני באלכוהול או בסמים (שלא לצורך רפואי)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	האם אתה נוהג לצרוך באופן קבוע אלכוהול או סמים (שלא לצורך רפואי)? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	האם ידוע לך על: א. ישנוניות או עייפות יתר משמעותית או הירדמויות במהלך היום? ב. אבחנת דום נשימה בשינה?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	האם אובחנת במחלת הסוכרת? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	ג. נרקולפסיה? באבחנת נרקולפסיה - יש להפנות את הנבדק לניורולוג המטפל לקבלת סיכום ייעוץ עדכני	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	האם נדרש שימוש בחמץ בזמן נהיגה, בשל מחלת ריאות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	האם ידוע לך על שימוש קבוע בחמץ? א. האם ידוע לך על ירידה בשמיעה? ב. אם כן - האם מרכיב מכשיר שמיעה?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	האם אובחנת בירידה בשמיעה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	אם כן - האם מרכיב מכשיר שמיעה? א. האם ידוע לך על שימוש קבוע בחמץ? ב. אם כן - האם מרכיב מכשיר שמיעה?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	האם נבדקת אי פעם במכון הרפואי לבטיחות בדרכים (מרב"ד)? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	האם לדעתך יש צורך בהערכה נוספת במכון הרפואי לבטיחות בדרכים?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

230383

**עבור תשובה חיובית לאחד מהסעיפים יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטים מחצי השנה האחרונה לקבלת טופס זה**

**ליתור דרגה, מלא פרטים בציוד השני של הטופס**

15	מזרפים סיכומי ביקור עדכניים מרופאים יועצים רלוונטיים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	מזרף סיכום מידע רפואי מהתיק האישי בקופת החולים המכיל את רשימת האבחנות והתרופות העדכניות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

אני החתום מטעם מנהיג שכל תשובותיי בטופס זה תואמות את האמת וידוע לי כי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק, על כל רישום כוזב שערכתי בטופס זה.

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

**אני מוותר על הסודות של תשובותיי הרפואיות בנוגע למצבי הבריאותי ו/או למחלותיי לגבי מסירת מידע הרפואיים הבודדים 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 יטופל**

תאריך	חתימה	טלפון	תאריך	שם הרופא	מס' רישיון, חתימה וחותמת
-------	-------	-------	-------	----------	--------------------------



## בקשה לביטול/ויתור דרגה

בהתאם לתקנות התעבורה חובה על נהגים בני 70 ומעלה 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, ושאינן באותו מועד כל מניעה חוקית אחרת לחידוש הרישיון (כגון פסילה), ישלח רישיון לחידוש לכתובתך הרשומה ברשות האוכלוסין.

חייבי הבדיקות, לפי תקנה 196:

גיל חידוש וביצוע הבדיקות הרפואיות	סוג רישיון הנהיגה
מגיל 60 עד גיל 70 בדיקה רפואית וחידוש הרישיון כל 5 שנים. מגיל 70 בדיקה רפואית וחידוש הרישיון כל שנתיים	רכב ציבורי (D,D1,D2,D3), כבד (C), גורר תומך (E), היתרים לנהיגת אמבולנס, לנהיגת רכב כיבוי, לנהיגת רכב חילוץ, מורה מוסמך לנהיגה, הסעת ילדים
מגיל 70 עד גיל 80 בדיקה רפואית וחידוש הרישיון כל 5 שנים. מגיל 80 בדיקה רפואית וחידוש הרישיון כל שנתיים	פרטי (B), משא קל (C1), טרקטור (1) אופנוע (A2,A1,A)

### המקרים בהם ניתן למלא את הבקשה:

1. אם ברצונך להימנע מביצוע הבדיקות וטרם מלאו לך 70 שנים.
2. אם ברצונך להימנע מעמידה בדרישות תקן הראייה בדרגות A,D,D3,D,2D1,E,C,C1 והיתרים 101,102,103,120 ומורה מוסמך.

### דרכים להגשת הבקשה:

1. מילוי טופס דיגיטלי "בקשה לביטול דרגה ברישיון נהיגה" באתר האינטרנט של משרד התחבורה <https://go.gov.il/Cancellation> או באמצעות סריקת הברקוד



2. מילוי פרטים לויתור **כל הדרגות** של רכב משא/ציבורי ושליחת הטופס באמצעות הדואר לכתובת "מחלקת עדכון ובקרה" אגף הרישוי: ת.ד. 270 חולון מיקוד 5810201

אני מצהיר בזה על רצוני לוותר על **כל הדרגות** של רכב משא/ציבורי, ידוע לי כי הדרגות אשר לא יבוטלו הן פרטי (B), טרקטור (1), אופנוע (A1) (A2) שם פרטי ומשפחה: \_\_\_\_\_ תעודת זהות: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

3. במקרה של ויתור על חלק מדרגות רכב משא/ציבורי ניתן למלא את הטופס בסעיף 1 להלן או להגיע למשרד הרישוי.

נא לשלוח את טופס בדיקות רפואיות המלא לא יאוחר משישה חודשים לפני תום תקופת הרישיון אשר ברשותך באמצעות הדואר לכתובת "מחלקת עדכון ובקרה" אגף הרישוי: ת.ד. 270 חולון מיקוד 5810201 יש לשמור בידך צילום של הטופס

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](http://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.