



טופס בדיקות רפואיות לבעל רישיון נהיגה מסוג פרטי/זו-גלגלי (דרגות A1, A2, B) / טרקטור

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

נכבד, חידוש רישיון הנהיגה שלך מותנה בביצוע ביקורת רפואית, שתכלול מבדק כושר ראיית (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 120° לפחות				ראייה דו-עינית וכפל ראייה מס' עצמים מזוהה	זיהיתי את המבקש על פי תעודה מזהה. וידאתי שאינו מרכיב עדשות מגע בבדיקה ללא משקפיים. הבדיקה כולה בוצעה באמצעות מכשיר בדיקה המאושר על ידי משרד הבריאות.
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא		
ימין	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
שמאל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
יחד	<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"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 רופא 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 הסבר לנבדק את חלק ב' של הטופס וודא שימלא אותו ויחתום עליו.

מס.	הצהרת מבקש הבדיקה (ימולא על ידי המבקש) עבור תשובה חיובית לאחד מהסעיפים יש לצרף סיכום ביקור מהרופא הרלוונטי (קרדיולוג/נירולוג 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 רופא יועצת קלינית עדכנית	כן	לא	
1	האם היו אירועים חוזרים של סחרחורת, חוסר שיווי משקל או אבדן הכרה: אם כן- נא לצרף סיכום ייעוץ עדכני מהנירולוג המטפל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	האם ידוע לך אירועים חוזרים של: - סחרחורת! - חוסר שיווי משקל!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	האם אובחנת באפילפסיה (מחלת הכיפיון)? אם כן- נא לצרף סיכום ייעוץ עדכני מהנירולוג המטפל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2	האם הנבדק אובחן באפילפסיה? אם כן- יש להפנות את הנבדק לנירולוג המטפל לקבלת סיכום ייעוץ עדכני	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	האם עברת אירוע מוחי (שבץ) מאז הונפק או חודש רישיון הנהיגה: אם כן- נא לצרף סיכום ייעוץ אחרון מהנירולוג המטפל	<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 להקפד): חולשת גפה/הפרעת קואורדינציה/ אטקסיה/ פגיעה בשדה הראייה/אפאזיה/ליקויים קוגניטיביים?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	האם אובחנת במחלה ניוונית, כגון (יש להקפד): פרקינסון/טרשת נפוצה/ALS, אחר, פרטי: אם כן- נא לצרף סיכום ייעוץ עדכני מהנירולוג המטפל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	האם ידוע לך על מחלת נייורודגנרטיבית פרוגרסיבית כגון (יש להקפד): פרקינסון/MS/ALS, אחר, פרטי: אם כן- יש להפנות את הנבדק לנירולוג המטפל לקבלת סיכום ייעוץ עדכני	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	האם יש לך הגבלת תנועה חדשה מאז הונפק או חודש הרישיון הקודם (יש להקפד): יד ימין/יד שמאל/רגל מין/רגל שמאל בשל ירידה בתחושה/ חולשה/שיתוק/קטיעה: אם כן- נא לצרף סיכום ייעוץ אחרון מהנירולוג/אורתופד המטפל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	האם ידוע לך על הפרעות תחושתיות ו/או מוטוריות, כגון (יש להקפד): קישיון פרקים, אובדן טווח תנועה, חולשת גפיים או קטיעת גפה ללא פיצוי (למשל-פרוטזה מותאמת)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	א. האם אובחנת במחלת הסוכרת? אם כן- נא לצרף העתק של תוצאה עדכנית של בדיקת HbA1c%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	א. האם ידוע לך על אירועים של היפוגליקמיה בשנה האחרונה?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ב. האם מטופל באינסולין?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	ב. האם ידוע לך על ניתוחים בגין רטינופתיה סוכרתית?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	ג. האם אובחנת בשנה האחרונה באירועים של ירידה חדה ברמת הסוכר (היפוגליקמיה) על רקע סוכרת? ציין את תאריך האירוע האחרון: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	האם קיימת מחלת לב או הפרעת קצב שאינן יציבות? אם כן- נא לצרף סיכום עדכני של ייעוץ קרדיולוגי ו/או מרפאת קוצבים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	ד. האם עברת ניתוחים בגין רטינופתיה סוכרתית? עבור תשובה חיובית לאחד מהסעיפים א' עד ד' נא לצרף סיכום מידע רפואי מהתיק האישי בקופת חולים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	האם הייתה באשפוץ פסיכיאטרי מאז הונפק או חודש רישיון הנהיגה: אם כן- נא לצרף סיכום ייעוץ עדכני מהפסיכיאטר המטפל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	האם אובחנת במחלת לב או הפרעה בקצב הלב?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	האם ידוע לך על אירועים פסיכיאטריים / בוחן מציאות לא תקין/ המטפל לקבלת סיכום ייעוץ עדכני	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	האם קיימות הפרעות במהירות תגובה, זיכרון, התמצאות בזמן ובמקום?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	האם ידוע לך על אירועים חשד, הפרעות במהירות התגובה, זיכרון, התמצאות בזמן ובמקום או דמנציה?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	האם אתה נוהג לצרוך באופן קבוע אלכוהול או סמים (שלא לצורך רפואי)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	האם ידוע לך על שימוש כרוני באלכוהול או בסמים (שלא לצורך רפואי)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	האם אתה מרגיש: א. ישנוניות או עייפות יתר משמעותית או הירדמויות במהלך היום?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	האם ידוע לך על: א. ישנוניות או עייפות יתר משמעותית או הירדמויות במהלך היום?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ב. דום נשימה בשינה?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ב. אבחנת דום נשימה בשינה?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	ג. נרקיולפסיה: אם כן- נא לצרף סיכום ייעוץ עדכני מהרופא היועץ המטפל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	ג. נרקיולפסיה: אם כן- נא לצרף סיכום ייעוץ עדכני מהרופא היועץ המטפל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	האם נדרש שימוש בחמצן בזמן נהיגה, בשל מחלת ריאות?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	האם ידוע לך על שימוש קבוע בחמצן?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	האם נבדקת אי פעם במכון הרפואי לבטיחות בדרכים (מרב"ד)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	האם לדעתך יש צורך בהערכה נוספת במכון הרפואי לבטיחות בדרכים?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	מצורפים סיכומי ביקור עדכניים מרופאים יועצים רלוונטיים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עבור תשובה חיובית לאחד מהסעיפים יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים מחצי השנה האחרונה לקבלת טופס זה				

230359

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

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

מס' רישיון, חתימה וחותמת

אני החתום מטה מצהיר שכל תשובותיי בטופס זה תואמות את האמת וידוע לי כי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק, על כל רישום כוזב שערכת 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 הסודיות הרפואית בנוגע למצבי הבריאותי ו/או למחלותיי,** לגבי המוסדות הרפואיים הבודקים 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 מטעמם.

טופס ללא חתימה לא יטופל

תאריך חתימה טלפון



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

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, ושאינ 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)

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

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.