



הצהרת בריאות

לתשומת לבך:

- טופס זה יחתם על ידי רופא משפחה או רופא אחר שעניין בתיקו הרפואי של המצהיר.
- את הצהרת הבריאות, לאחר חתימת הרופא, יש למסור למנהל המטווה לפני ביצוע ההכשרה במטווה.
- ההצהרה (כולל האישור על ההכשרה) תועבר לאחר המסירה, לפקיד הרישוי במשרד 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 בריאות (הכוללת אישור הרופא הבדוק), שניתנה על ידי משרד התחבורה, תוכר כתחליף להצהרה זו, עד תום שנה שלמה מחתימת הרופא על גביה, על פי הצגתה.

הצהרת בריאות

שם משפחה	שם פרטי	מספר הזהות	שנת לידה
עיסוק	כתובת - רח'	בית	דירה
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)

1. האם עברת אירוע של איבוד הכרה ב- 5 שנים אחרונות? כן ☐ לא ☐	1. האם ידוע לך על מחלה נוירולוגית? כן ☐ לא ☐
2. האם הינך סובל מסחרחורות וחוסר שיווי משקל? כן ☐ לא ☐	2. האם היו אירועים של איבוד הכרה ב- 5 שנים האחרונות? כן, מת? ☐ לא ☐
3. האם אתה/סובלת מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)? כן, מת? ☐ לא ☐	3. האם סובלת/מאפילפסיה (מחלת הכיפיון) האחרון? כן, מת? ☐ לא ☐
4. האם אתה/מקבלת בקביעות תרופות? כן, פרט ☐ לא ☐	4. האם עברה/אי פעם אירוע מוחי (שבץ מוחי)? כן, מת? ☐ לא ☐
5. האם עברת אי פעם אירוע מוחי (שבץ מוחי)? כן, מת? ☐ לא ☐	5. האם יש הפרעות מוטוריות ו/או תחושתיות והפרעות בקואורדינציה? כן ☐ לא ☐
6. האם הינך סובלת ממחלת לב? כן, פרט ☐ לא ☐	6. האם יש קשיון פרק או קטיעה? כן ☐ לא ☐
7. האם אתה/סובלת מסכרת? סוג הטיפול שהנך מקבלת/לאיזון הסוכרת ☐	7. האם סובלת ממחלת לב? כן, פרט: ☐ לא ☐
8. האם יש הפרעות במהירות תגובה: זיכרון, התמצאות בזמן ובמקום? כן ☐ לא ☐	8. האם ידוע על הפרעות פסיכיאטריות? כן ☐ לא ☐
9. האם עברת התקפים של ירידה חדה ברמת הסוכר בדם? כן ☐ לא ☐	9. האם ניתן טיפול תרופתי פסיכיאטרי? כן ☐ לא ☐
10. האם אתה/סובלת מבעיות נפשיות? כן, האם טופלת או הינך מטופלת? כן, פרט: ☐ לא ☐	10. האם לדעתך ישנו מקום להערכה פסיכיאטרית עדכנית? כן ☐ לא ☐
11. האם אתה/נוטלת או נטלת בעבר תרופות המיועדות לטיפול במחלת נפש, מצבי רוח, ערכות ובעיות שינה? כן ☐ לא ☐	
12. האם אתה/נוטלת סמים או תרופות העלולות להשפיע על מצב ההכרה או יכולת שיפוט? כן ☐ לא ☐	
13. האם אתה/צורך משקאות חריפים? כן ☐ לא ☐	
14. האם אושפזת בעבר במוסד לגמילה או במוסד פסיכיאטרי? כן, פרט ☐ לא ☐	

אישור הרופא

- ☐ אני מצהיר כי הנ"ל חתם על הצהרתו וזהייתי את המבקש על פי תעודה מזהה.
- ☐ אני מטפל בקבוע במבקש, זה שלוש שנים לפחות בקופת חולים.
- ☐ אני מטפל במבקש שהוא עולה חדש וטרם חלפו שלוש שנים מיום עלייתו.
- ☐ עיינתי בתיקו הרפואי בכל קופ"ח שבה היה שלוש שנים שקדמו לבדיקה.

תאריך שם הרופא מס' רישיון (חתימה וחותמת)

חתימת מבקש/ת הבדיקה

תאריך