



מדינת ישראל – משרד הפנים
המינהל לשרותי חרום ותפקידים מיוחדים

לתשומת לבך:

- טופס זה יחתם על ידי רופא המשפחה או רופא אחר שעיין בתיקו הרפואי של המצהיר.
- את הצהרת הבריאות, לאחר חתימה הרופא, יש למסור למנהל המטווה לפני ביצוע ההכשרה במטווה.
- הצהרה כוללת האישור על ההכשרה תועבר לאחר ההכשרה על ידי מנהל המטווה, לפקיד הרישוי במשרד הפנים. לחילופין, באפשרותך למסור את ההצהרה לאחר חתימת הרופא ישירות לפקיד הרישוי לפני ביצוע המשך הליך ההכשרה המטווה, במקרה כזה פקיד הרישוי יבדוק את ההצהרה וייתן בידך אישור להמשך הליך הרישוי.
- הצהרת הבריאות (הכוללת אישור הרופא הבודק), שנתנה על ידי משרד התחבורה, תוכר כתחליף להצהרה זו עד תום שנה שלמה מחתימת הרופא על גביה

הצהרת בריאות

שם משפחה	שם פרטי	מספר הזהות	שנת לידה
עיסוק	כתובת – רח'	בית	דירה
מיקוד	שוב	ת.ד.	
טלפון	נייד	-	דואר אלקטרוני

ממצאים רפואיים / שאלון רפואי (ימולא ע"י הרופא לאחר בדיקה)	הצהרת מבקש/ת הבדיקה (ימולא ע"י המבקש/ת)
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
1. האם ידוע לך על מחלה נוירולוגית?	1. האם עברת אירוע של איבוד הכרה ב – 5 שנים האחרונות? אם כן, מתי?
2. האם היו אירועים של איבוד הכרה ב – 5 שנים האחרונות? אם כן מתי?	2. האם הנך סובל מסחרחורות וחוסר שיווי משקל:
3. האם סובל מאפילפסיה (מחלת הכיפיון). אם כן, מתי היה ההתקף האחרון?	3. האם את/ה סובלת/מאפילפסיה (מחלת הכיפיון) אם כן, מתי היה ההתקף האחרון?
4. האם עברה/ה אי פעם אירוע מוחי (שבץ מוחי)? אם כן מתי?	4. האם את/ה מקבלת/בקביעות תרופות? אם כן, פרט
5. האם יש הפרעות מוטוריות ו/או תחושתיות והפרעות בקואורדינציה?	5. האם עברת אי פעם אירוע מוחי (שבץ מוחי)? אם כן, מתי?
6. האם יש קשיון פרק או קטיעה פרט:	6. האם הנך סובלת/ממחלת לב? אם כן, פרט
7. האם סובל ממחלת לב? האם סובלת/מהפרעות קצב? אם כן מתי?	7. האם את/ה סובלת/מסכרת? סוג הטיפול שהנך מקבלת/לאיזון הסוכרת
8. האם ידוע הפרעות פסיכיאטריות?	8. האם יש הפרעות במהירות תגובה: זיכרון, התמצאות בזמן ובמקום?
9. האם ניתן טיפול תרופתי פסיכיאטרי?	9. האם עברת התקפים של ירידה חדה ברמת הסוכר בדם?
10. האם לדעתך ישנו מקום להערכה פסיכיאטרית עדכנית?	10. האם אתה סובלת/מבעיות נפשיות? אם כן, האם טופלת או מטופלת?
<p align="center">אישור הרופא</p> <p>אני מצהיר כי הנ"ל חתם על הצהרתו וזיהיתי את המבקש על פי תעודה מזהה.</p> <p><input type="checkbox"/> אני מטפל קבע במבקש, זה שלוש שנים לפחות בקופת החולים</p> <p><input type="checkbox"/> אני מטפל במבקש שהוא עולה חדש וטרם חלפו שלוש שנים מיום עלייתו</p> <p><input type="checkbox"/> עינתי בתיקו הרפואי בכל קופ"ח שבה היה שלוש שנים שקדמו לבדיקה.</p>	11. האם את/ה נוטלת/או נטלת בעבר תרופות המיועדות לטיפול בנחלת נפש, מצבי רוח, ערנות ובעיות שינה?
	12. האם את/ה נטל סמים או תרופות העלולים להשפיע על מצב ההכרה או יכולת שיפוט?
	13. האם את/ה צורך משקאות חריפים בנסיעתך?
	14. האם אושפזת בעבר במוסד לגמילה או מוסד פסיכיאטרי? אם כן, פרט
<p>אני החתום מטה מצהיר/ה שכל תשובתיי בטופס זה תואמות את האמת וידוע לי כי אהיה צמיו/ה לעונשים הקבועים בחוק, על כל רישום כוזב שערכתי בטופס זה.</p> <p>אני מצהיר/ה ומתחייב/ת למסור לרופא המוסמך מטעם הרשות ידיעות מלאות ונכונות על מחלותיי וליקויי הבריאותיים. אני מוותר/ת על הסודיות בנוגע למחלותיי, לגבי המוסדות הרפואיים הבודקים אותי והנני מבקש/ת בזאת מכל מוסד רפואי למסור כל מידע בקשר למחלותיי מצבי הרפואי וכל מידע אחר שיידרש לרופא המוסמך או לבא כוחו.</p>	<p>תאריך</p> <p>חתימת מבקש/ת הסדיקה</p>
<p>תאריך</p> <p>שם הרופא</p> <p>מס' רישיון (חתימה וחותמת)</p>	<p>תאריך</p> <p>חתימת מבקש/ת הסדיקה</p>