



|                   |             |
|-------------------|-------------|
| מס' זהות          | דרגת רישיון |
| מספר רישיון נהיגה | שנת לידה    |
| מס' טלפון         | הגבלות      |

**יש למלא את הטופס בעט שחור או כחול בלבד**

נכבדי,  
 חינש רישיון נהיגה שלך מותנה בבצוע 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 ותתימתך - יש לשלוח באמצעות הדואר לכתובת "מחלקת מידע עבקה האג הרישוי: ת.ד. 270 חולון מיקוד 5810201"**

סמן/י X בטורים כן או לא בהתאם לתשובה המתאימה.  
 א. תוצאות הבדיקה הרפואית של כושר הראייה

| עין  | חדות ראייה 6/12 לפחות    |                          | שדה ראייה 120° לפחות     |                          | ראייה דו-עינית וכפל ראייה מס' עצמים מזוהה |                          |
|------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
|      | בלי משקפיים              | עם משקפיים               | כן                       | לא                       | כן  | לא                       |
| ימין | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |

רופא נכבד, בהתאם להוראות תקנות התעבורה מבקש רישיון נהיגה יבדק בבדיקה רפואית אשר תכלול בדיקת מצבו הרפואי והנפשי, ונתונים נוספים המשפיעים לדעתך על כשירותו לנהיגה. הבדיקה תיערך ע"י רופא של המבקש, אשר יפרט את ממצאיו בטופס שקבע אף 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 וודא שימלא אותו ויחתום עליו.

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

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

| כן                       | לא                       | ממצאים רפואיים/שאלון רפואי ימלא ע"י הרופא לאחר בדיקה פיזיקלית ועיון בכרטיס הרפואי  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. האם ידוע לך על מחלה נוירולוגית?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. האם היו אירועים של איבוד הכרה ב-5 השנים האחרונות? אם כן, מתי? ומה הסיבה.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. האם סובל/ת מאפילפסיה (מחלת הכיפון)? אם כן, מתי היה התקף אחרון? האם מטופלת/ת תרופתית? פרטי תרופות בדף נפרד. האם מאוזן? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. האם עבר/ה אירוע מוחי? מתי? פרט מצב קיים.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. האם יש הפרעות מוטוריות ו/או תחושתיות והפרעות בקואורדינציה? האם יש קשיון פרק או קטיעת גפה? פרט:                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. האם סובל/ת מסוכרת? אם כן, מה הטיפול שמקבל/ת? האם היו אירועים של היפוגליקמיה? מתי? האם מאוזן?                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. האם התרשמת שיש הפרעות במהירות תגובה, זיכרון, התמצאות בזמן ובמקום?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. האם ידוע לך על בעיות נפשיות שבנינים מטופלת/ טופלת/ ע"י פסיכולוג/פסיכיאטר? שלא לצורך רפואי?                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. האם סובל/ת ממחלות לב? פרט תרופות בדף נפרד. האם סובל/ת מהפרעות קצב? האם מאוזן?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. האם לדעתך יש הצדקה לשלוח את הנהג לבדיקה במכון הרפואי לבטיחות בדרכים?   |

10. הערות  
 11. 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 שערכת בטופס זה.

**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 בבתיק הרפואי בכל קופ"ח שבה היה בשלוש השנים שקדמו לבדיקה

תאריך \_\_\_\_\_ שם הרופא \_\_\_\_\_ מס' רישיון, חתימה וחותמת \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מבקש/ת הבדיקה \_\_\_\_\_

**לשימוש המשרד**  
 המלצת רופא הרישוי:  כשיר לנהיגה  נשלח למכון הרפואי לבטיחות בדרכים

תאריך \_\_\_\_\_ שם הרופא \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_

רצוי לשמור בידך צילום של הטופס לצורך בירור. ניתן לשלוח באמצעות קו טלפון 104 או לפניה מידע ובקרה אגף הרישוי ת.ד. 270 חולון מיקוד 5810201. יש למלא את הטופס בעט שחור או כחול בלבד.



נא לשלוח את הטופס מלא לא יאוחר מחודש ימים לאחר קבלתו  
 באמצעות הדואר [medtest@hosp.gov.il](mailto:medtest@hosp.gov.il) ובקרה אגף הרישוי \*5678.  
 חולון מיקוד 5810201. רצוי 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 יתכן ותופנה 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:

50

| 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 |
| 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, <del>05</del> , A)  |

(A2, ~~05~~, A)

52208

למידע נוסף ניתן לפנות לטלפון \*5678  
 בימים א' - ה' בין השעות 07:00 עד 20:00  
 בימים ו' בין השעות 07:00 עד 13:00  
 או באתר האינטרנט [www.mot.gov.il](http://www.mot.gov.il)

200022

המנעו מהגעה לסניף רישוי שלא לצורך! אם נדרשת הגעה לסניף,

יש לזמן תור מראש באתר משרד התחבורה, ביישומון My Visit או במוקד הטלפוני \*5678