



מדינת ישראל

המשרד לביטחון הפנים

האגף לרישוי כלי יריה



לתשומת לבך:

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

הצהרת בריאות

שם משפחה	שם פרטי	מספר הזהות	שנת לידה

עיסוק	כתובת – רח'	בית	דירה	ת.ד.	ישוב	מיקוד
טלפון	נייד				פקס	-
כתובת דוא"ל @						

ממצאים רפואיים / שאלון רפואי

(ימולא ע"י הרופא לאחר בדיקה)

☐ לא ☐ כן	1. האם ידוע לך על מחלה נוירולוגית?
☐ לא ☐ כן	2. האם היו אירועים של איבוד הכרה ב- 5 שנים האחרונות? אם כן, מתי?
☐ לא ☐ כן	3. האם סובלת/מאפילפסיה (מחלת הכיפיון). אם כן, מתי היה ההתקף האחרון?
☐ לא ☐ כן	4. האם עברה/אי פעם אירוע מוחי (שבץ מוחי)? אם כן, מתי?
☐ לא ☐ כן	5. האם יש הפרעות מוטוריות ו/או תחושתיות והפרעות בקואורדינציה?
☐ לא ☐ כן	6. האם יש קשיון פרק או קטיעה? פרט:
☐ לא ☐ כן	7. האם סובלת/ממחלת לב? האם סובלת/מהפרעות קצב? אם כן, פרט:
☐ לא ☐ כן	8. האם ידוע על הפרעות פסיכיאטריות?
☐ לא ☐ כן	9. האם ניתן טיפול תרופתי פסיכיאטרי?
☐ לא ☐ כן	10. האם לדעתך ישנו מקום להערכה פסיכיאטרית עדכנית?

אישור הרופא

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

- ☐ אני מטפל קבוע במבקש, זה שלוש שנים לפחות בקופת חולים.
- ☐ אני מטפל במבקש שהוא עולה חדש וטרם חלפו שלוש שנים מיום עלייתו.
- ☐ ענייני בתיקו הרפואי בכל קופ"ח שבה היה שלוש שנים שקדמו לבדיקה.

תאריך שם רופא מס' רישיון (חתימה וחותמת)

הצהרת מבקש/ת הבדיקה

(ימולא ע"י המבקש/ת)

☐ לא ☐ כן	1. האם עברת אירוע של איבוד הכרה ב- 5 שנים אחרונות? אם כן, מתי?
☐ לא ☐ כן	2. האם הינך סובל מסחרחורות וחוסר שיווי משקל?
☐ לא ☐ כן	3. האם אתה/סובלת/מאפילפסיה (מחלת הכיפיון). אם כן, מתי היה ההתקף האחרון?
☐ לא ☐ כן	4. האם אתה/מקבלת/קביעות תרופות? אם כן, פרט:
☐ לא ☐ כן	5. האם עברת אי פעם אירוע מוחי (שבץ מוחי)? אם כן, מתי?
☐ לא ☐ כן	6. האם הינך סובלת/ממחלת לב? אם כן, פרט:
☐ לא ☐ כן	7. האם אתה/סובלת/מסכרת? סוג הטיפול שהנך מקבלת/לאיזון הסוכרת.
☐ לא ☐ כן	8. האם עברת התקפים של ירידה חדה ברמת הסוכר בדם?
☐ לא ☐ כן	9. האם יש הפרעות במהירות תגובה: זיכרון, התמצאות בזמן ובמקום?
☐ לא ☐ כן	10. האם אתה/סובלת/מבעיות נפשיות? אם כן, האם טופלת או הינך מטופל/ת? פרט:
☐ לא ☐ כן	11. האם אתה/נוטלת/או נטלת בעבר תרופות המיועדות לטיפול במחלת נפש, מצבי רוח, ערנות ובעיות שינה?
☐ לא ☐ כן	12. האם אתה/נוטלת/סמים או תרופות העלולות להשפיע על מצב ההכרה או יכולת שיפוט?
☐ לא ☐ כן	13. האם אתה/צורך/משקאות חריפים?
☐ לא ☐ כן	14. האם אושפזת בעבר במוסד לגמילה או במוסד פסיכיאטרי? אם כן, פרט:

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

אני מצהיר/ה ומתחייב/ת למסור לרופא המוסמך מטעם הרשות, ידיעות מלאות וכנות על מחלותיי וליקויי הבריאותיים. אני מוותר/ת על הסודיות בנוגע למחלותי, לגבי המוסדות הרפואיים הבודקים אותי והנני מבקש/ת בזאת מכל מוסד רפואי למסור כל מידע בקשר למחלותיי מצבי הרפואי וכל מידע אחר שיידרש לרופא מוסמך או לבא כוחו.

תאריך חתימת מבקש/ת הבדיקה

בכל מקום בו הפניה היא בלשון זכר, הכוונה גם ללשון נקבה וכן להפך.