

## בקשה להוצאת רישיון נהיגה

משרד התחבורה - אגף הרישוי  
מספר בקשה: 14095144



## פרטי הבקשה

פרטי הבקשה

פרטים אישיים

מספר זהות

039057229

שם פרטי

דוד

שם משפחה

כהן

מה ברצונך לבקש?

☐ להוציא רישיון נהיגה לדרגה

☐ להוסיף רישיון נהיגה לדרגה

☒ להוסיף היתר נהיגה

לצפייה בטבלת דרגות רישיון נהיגה בישראל

מספר רישיון נהיגה

8302689

מבקש להוסיף היתר נהיגה

102 - אמבולנס עד 4 טון

פרטי התקשרות

טלפון נייד

050-6912225

טלפון נוסף

דואר אלקטרוני

david.cohn.82@gmail.com

אימות דואר אלקטרוני

david.cohn.82@gmail.com

☒ ידוע לי כי מספר הטלפון הנייד והדואר האלקטרוני ישמשו למשלוח הודעות ועדכונים שוטפים בדבר סטטוס הטיפול בבקשה

☒ הריני נותן הסכמתי מרצון לעשות שימוש בפרטי ההתקשרות המעודכנים שנמסרו על ידי לכל התקשרות נוספת של משרד התחבורה עימי.

## כשירות רפואית

כשירות רפואית

הצהרה בדבר מצבו הרפואי של מבקש רישיון הנהיגה

**שים לב, לאור תקנה 191 לתקנות התעבורה, התשכ"א 1961, מילוי של תשובה חיובית בהצהרה רפואית זו אין משמעותה דחייה אוטומטית של הבקשה.**

**1** שים לב, לאור תקנה 191 לתקנות התעבורה, התשכ"א 1961, מילוי של תשובה חיובית בהצהרה רפואית זו אין משמעותה דחייה אוטומטית של הבקשה.  
עליך להכין מראש מסמכים המעידים על מצבך הרפואי מ-3 החודשים האחרונים, התומכים בבקשה

הצהרת הבריאות כוללת שאלות אודות מצבך הגופני והנפשי

עליך להכין מראש מסמכים המעידים על מצבך הרפואי מ-3 החודשים האחרונים, התומכים בבקשה

האם עברת אירוע של איבוד הכרה ב- 5 השנים האחרונות?

כן ☐

לא ☒

האם ניתנה לך אבחנה רפואית כי אתה חולה במחלת הכפיון (אפילפסיה)?

כן ☐

לא ☒

האם עברת בעברך אירוע מוחי (STROKE) או אירוע מוחי חולף (TIA)?

כן ☐

לא ☒

האם ניתנה לך אבחנה רפואית כי אתה סובל מהפרעת קשב וריכוז (ADD,ADHD)?

כן ☐

לא ☒

האם ניתנה לך אבחנה רפואית כי אתה סובל מהפרעה בתחושה, טווח תנועה או כוח גס של הגפיים?

כן ☐

לא ☒

האם ניתנה לך אבחנה רפואית כי אתה חולה במחלת לב?

כן ☐

לא ☒

האם ניתנה לך אבחנה רפואית כי אתה סובל מהפרעה בקצב הלב (ARRHYTHMIA)?

כן ☐

לא ☒

האם הושטל לך קוצב לב (PACEMAKER) או קוצב (DEFIBRILLATOR)?

כן ☐

לא ☒

האם ניתנה לך אבחנה רפואית כי אתה חולה בסוכרת מטיפוס 1 (TYPE 1DM - נעורים)?

כן ☐

לא ☒

האם נתנה לך אבחנה כי אתה חולה בסוכרת מטיפוס 2 (TYPE2DM מבוגרים)?

כן ☐

לא ☒

האם פסיכיאטר או פסיכולוג נתן לך אבחנה רפואית כי אתה סובל מבעיה בתחום בריאות הנפש?

כן ☐

לא ☒

האם אתה חש עייפות ורצון להירדם במהלך היום?

כן ☐

לא ☒

האם אתה נוטל תרופות מרשם באופן קבוע? (למעט תרופות הקשורות להפרעות קשב וריכוז)?

כן ☐

לא ☒

האם ניתנה לך אבחנה רפואית כי אתה סובל מסחרחורת (VERTIGO)?

כן ☐

לא ☒

האם סבלת מחבלת ראש בשנה האחרונה?

כן ☐

לא ☒

17. האם עברת ניתוח ראש בעברך?

כן ☐

לא ☒

האם ניתנה לך אבחנה רפואית כי אתה סובל ממחלה של מערכת העצבים (למשל פרקינסון, טרשת נפוצה וכיוצא באלה)?

כן ☐

לא ☒

האם ניתנה לך אבחנה כי אתה סובל מבעיה בזיכרון או בריכוז?

כן ☐

לא ☒

האם ניתנה לך אבחנה רפואית כי אתה חולה במחלה אונקולוגית?

כן ☐

לא ☒

האם ניתנה לך אבחנה רפואית כי אתה סובל מהפרעת נשימה בשינה?

כן ☐

לא ☒

האם ניתנה לך אבחנה רפואית כי אתה סובל ממחלת ריאות הדורשת טיפול תרופתי קבוע?

כן ☐

לא ☒

האם ידוע לך על סיבה רפואית אחרת או נוספת על האמור בהצהרה זו שיכולה להפריע לך או למנוע ממך לנהוג?

כן ☐

לא ☒

## הצהרה

הצהרה

תצהירים לעניין מסירת מידע לשם פעולה על פי סעיפים 6 ו-11 וויתור על סודיות רפואית

## תצהיר

אני החתום מטה, נותן בזאת הסכמתי לכך שמשטרת ישראל תמסור מידע על אודותי מן המרשם הפלילי, לפי סעיפים 6 ו-11 לחוק המרשם הפלילי ותקנת השבים, התשמ"א - 1981 (הרשעות עד תום תקופת ההתיישנות ותיקים תלויים ועומדים) לרשות הרישוי ידוע לי כי המידע האמור נדרש לצורך בחינה והפעלת שיקול דעת בבוא רשות הרישוי לחדש, להוסיף ולהוציא רישיונות נהיגה ובכפוף למפורט בתקנה 15 לתקנות התעבורה התשכ"א-1961.

☒ הנני מצהיר כי זהו שמי, וכי אני מסכים כי המשטרה תמסור מידע על אודותי

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
דוד	כהן	039057229
תאריך		
14/04/2025		

לחיצה על כפתור "שלח" מהווה אישור לאמור לעיל

#### הצהרה והסכמה בכתב למסירת מידע רפואי לרשות הרישוי

אני החתום מטה מצהיר ומתחייב למסור לרופא המוסמך או ועדת הערר, או מי מטעמם ידיעות מלאות ונכונות על מחלותי וליקויי הבריאותיים. כמו כן, אני החתום מטה נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי ו/או משרד הביטחון ו/או צה"ל ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או מוסד אחר ממוסדות המדינה, ולמי מעובדיהם או הפועל מטעמם, למסור לרשות הרישוי ו/או לרופא מוסמך במכון הרפואי לבטיחות בדרכים ו/או ועדת ערר או מי מטעמם, כל מידע ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי, וכל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כיום, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי, וכל מידע אחר שיידרש לרופא המוסמך, או מי מטעמו, ובאופן שידרש על ידם, למטרת בדיקת כשירותי לנהוג. אני משחרר אתכם ואת עובדיכם ואת כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על הסודיות הרפואית בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או מחלותי כאמור הנ"ל, ומוותר על הסודיות לטובת רשות הרישוי או הרופא המוסמך או מי מטעמו, ולא יהיו לי טענות או תביעות מכל סוג בקשר למסירת המידע הנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק זכויות החולה או חוק הגנת הפרטיות וכל דין אחר.

☒ הנני מצהיר כי זהו שמי וכי אני מסכים שימסר מידע רפואי לרשות הרישוי על אודותיי. הבנתי את האמור בכתב ויתור סודיות זה.

הבנתי את האמור בכתב ויתור סודיות זה.

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
דוד	כהן	039057229
תאריך		
14/04/2025		

לחיצה על כפתור "שלח" מהווה אישור לאמור לעיל

#### אני החתום מטה מצהיר

☒ הפרטים שמילאתי בהצהרה זו הם הפרטים המדויקים, המלאים והנכונים ביחס למצבי הרפואי בעבר ובהווה;

☒ ידוע לי כי אם הגשתי הצהרה הכוללת מידע כוזב או מטעה, רשות הרישוי רשאית לסרב לתת לי רישיון נהיגה, להתלות או שלא לחדשו כאמור בתקנה 191ב לתקנות התעבורה, התשכ"א-1961;

לידיעתך

1) ישנה חובה להודיע על שינוי במצב רפואי לפי תקנה 13(ב) לתקנות התעבורה, התשכ"א-1961.

2) קיים איסור בחוק על נהיגה עם סמים או שרידיהם בגוף ועם אלכוהול בריכוז העולה על הקבוע בחוק.

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
דוד	כהן	039057229
תאריך הצהרה		
14/04/2025		

הטופס מיועד לשני המינים כאחד, אך לעיתים מנוסח בלשון זכר או נקבה.

טופס זה מכיל מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות.