

מדינת ישראל המשרד לביטחון הפנים האגף לרישוי כלי יריה



לתשומת לבך:

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

הצהרת בריאות

					· /= - · · · · ·	-,,,			
שנת לידה		מספר הזהות			שם פרטי		שם משפחה		
					1				
וב מיקוד		ישו	ת.ד.	ירה	בית די	בתובת – רח׳	עיסוק כתובת – רח'		
-		פקס		-		נייד	-	לפון	טי
				(a))	<u>יי</u> ל	בת דוא	כתו	
רפואי	שאלוו /	ו רפואיים	ממצאים		הצהרת מבקש/ת הבדיקה				
(ימולא עייי הרופא לאחר בדיקה)					(ימולא עייי המבקש/ת)				
. האם ידוע לך על מחלה נוירולוגית? כן □ לא □ .				1. הא	בום לא 🗆	1. האם עברת אירוע של איבוד הכרה ב – 5 שנים אחרונות! אם כן, מתי?			
כום לא	2. האם היו אירועים של איבוד הכרה כן			2. הא	בום לא 🗆				
	ב- 5 שנים האחרונות!								
	אם כן, מתי?								
כום לא					בום לא 🗆				
	הכיפיון) . אם כן, מתי היה ההתקף				נם כן, מתי היה ההתקף האחרון?				
כום לא	האחרון! 4. האם עבר/ה אי פעם אירוע מוחי				בום לא 🗆	4. האם את/ה מקבל/ת בקביעות תרופות?			
	יד. דואם עבו קודאי פעם איין זע מודוי (שבץ מוחי)!			אם כן, פרט					
	מתי!					·			
כו 🗆 לא		5. האם יש הפרעות מוטוריות ו/או			. האם עברת אי פעם אירוע מוחי (שבץ מוחי)! כן □ לא				
		תחושתיות והפרעות בקואורדינציה?				אם כן, מתיי			
כו	∂. האם יש קשיון פרק או קטיעה? כן כ פרט:				6. האם הינך סובל⁄ת ממחלת לב? אם כן, פרט				
			• '					,,	
כום לא	האם סובל/ת מהפרעות קצב?			בום לא 🗆	פול שהנך מקבל/ת	7. האם את/ה סובל/ת מסכרת? סוג הטיפול שהנך מקבל/ת			
							לאיזון הסוכרת		
	אם כן, פרט:				8. האם עברת התקפים של ירידה חדה ברמת הסוכר בדם? כן □ לא □				
כום לא	לטו יווני	8. האם ידוע על הפרעות פסיכיאטריות?				ס. וואם עבו וניוונקבים של יו יוויווויו בו מוניווטוכו בו ם:			
כו 🗆 לא	9. האם ניתן טיפול תרופתי			9. הא	בו לא 🗆	9. האם יש הפרעות במהירות תגובה: זיכרון, התמצאות			
	פסיכיאטרי!					בזמן ובמקום?			
כו 🗌 לא 🗎	10. האם לדעתך ישנו מקום להערכה כן □ ל פסיכיאטרית עדכנית?				בום לא 🗆	10. האם את/ה סובל/ת מבעיות נפשיות? אם כן, האם טופלת או הינך מטופל/ת?			
		ו כניונ:	יביאטו יונע	נטי			ביטובייי	אם בן, וואום טובקונ או וויכן ירט:	
	'				בום לא 🗆			האם את/ה נוטל/ת או נטלת למיפול במסלת נפוץ, מצבי בנ	
					בום לא 🛮	נ העלולות להשפיע על	לטיפול במחלת נפש, מצבי רוח, ערנות ובעיות שינה? 12. האם את⁄ה נוטל⁄ת סמים או תרופות העלולות להשפיע על		
						מצב ההכרה או יכולת שיפוט!			
				בום לא 🗆	13. האם את/ה צורך משקאות חריפים?				
NO175 511112					בו בא 🗆	או במוסד פסיכיאטריי	לגמילה א	האם אושפזת בעבר במוסד י	
אישור הרופא אני מצהיר כי הנייל חתם על הצהרתו וזיהיתי את								זם כן, פרט	×
אני מצהיר כי הנייל חתם על הצהרתו וזיהיתי את המבקש על פי תעודה מזהה.					האמת וידוע	יי בטופס זה. תואמות את	תשובות	החתום מטה מצהיר/ה שכל	אני
ומבקש על פי ונעדדה מזיוה. אני מטפל קבוע במבקש, זה שלוש שנים לפחות					אני הווה וה בפוי לעונשים הקבועים בחוק, על כל רישום כוזב שערכתי בטופס				
בקופת חולים					זה.				
אני מטפל במבקש שהוא עולה חדש וטרם חלפו					אני מצהיר/ה ומתחייב/ת למסור לרופא המוסמך מטעם הרשות, ידיעות מלאות ונכונות על מחלותיי וליקויי הבריאותיים. אני מוותר/ת על הסודיות בנוגע				
שלוש שנים מיום עלייתו					למחלותי, לגבי המוסדות הרפואיים הבודקים אותי והנני מבקש/ת בזאת מכל				
עיינתי בתיקו הרפואי בכל קופ״ח שבה היה שלוש שנים שקדמו לבדיקה.					מוסד רפואי למסור כל מידע בקשר למחלותיי מצבי הרפואי וכל מידע אחר				
שנים שקו מו לבו יקוו.					שיידרש לרופא מוסמך או לבא כוחו.				
תאריך שם רופא מס׳ רישיון (חתימה וחותמת)					 תאריך חתימת מבקש/ת הבדיקה				
,						,		1	

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