



הצהרת בריאות

לתשומת לבך:

- יש להחתים טופס זה רופא המשפחה או רופא אחר שעייך בתיקו הרפואי של המצהיר.
- את הצהרת הבריאות לאחר חתימת הרופא יש לצרף למסמכי הבקשה לקבלת רישיון לכלי ירייה. יש לשמור עותק מההצהרה החתומה, ולמסור אותה למנהל המטוווח לפני ביצוע ההכשרה במטוווח. ההצהרה בצירוף האישור על מעבר ההכשרה, יועברו לאחר ההכשרה, על ידי מנהל המטוווח, לפקיד הרישוי באגף לרישוי כלי ירייה.
- לחילופין, באפשרותך למסור את ההצהרה לאחר חתימת הרופא ישירות לפקיד הרישוי לפני ביצוע המשך תהליך ההכשרה במטוווח. במקרה כזה, פקיד הרישוי יבדוק את ההצהרה וייתן בידך אישור להמשך הליך הרישוי.
- לפי החלטת ועדת האתיקה של ההסתדרות הרפואית מיום 7.2.2017, במסגרת בקשה לקבלת רישיון לכלי ירייה או חידושו, רופא אינו רשאי לחתום על הצהרת בריאות עבור עצמו או עבור בני משפחתו מדרגה ראשונה. בהתאם לכך, האגף לרישוי כלי ירייה לא יקבל הצהרות בריאות שלא נחתמו כנדרש והבקשה לא תטופל.

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	שנת לידה

עיסוק	כתובת – רחוב	בית	דירה	ת"ד	ישוב	מיקוד
טלפון	נייד			פקס		

@

כתובת דואר אלקטרוני

ממצאים רפואיים ושאלון רפואי (ימולא על ידי הרופא לאחר בדיקה)	
1. האם ידוע לך על מחלה נורולוגית?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
2. האם היו אירועים של איבוד הכרה ב-5 שנים האחרונות? אם כן, מתי?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
3. האם סובל מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)? אם כן, מתי היה ההתקף האחרון?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
4. האם עבר אי פעם אירוע מוחי (שבץ מוחי)? אם כן, מתי?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
5. האם יש הפרעות מוטוריות או תחושתיות והפרעות בקואורדינציה?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
6. האם יש קישיון פרק או קטיעה? פרט:	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
7. האם סובל ממחלת לב? האם סובל מהפרעות קצב? אם כן, פרט:	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
8. האם ידוע על הפרעות פסיכיאטריות?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
9. האם ניתן טיפול תרופתי פסיכיאטרי?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
10. האם לדעתך ישנו מקום להערכה פסיכיאטרית עדכנית?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
אישור הרופא	
אני מאשר כי זיהיתי על פי תעודה מזהה את המבקש, אשר חתם על הצהרתו, וכי מילאתי את השאלון הרפואי, למיטב ידיעתי, על סמך אחד מאלה:	
<input type="checkbox"/>	אני מטפל קבוע במבקש, זה שלוש שנים לפחות בקופת חולים.
<input type="checkbox"/>	אני מטפל במבקש שהוא עולה חדש וטרם חלפו שלוש שנים מיום עלייתו.
<input type="checkbox"/>	עיינתי בתיקו הרפואי בכל קופת חולים בה היה שלוש שנים שקדמו לבדיקה.
תאריך	שם רופא
	מס' רישיון (חתימה וחותמת)

הצהרת מבקש הבדיקה (ימולא על ידי המבקש)	
1. האם עברת אירוע של איבוד הכרה ב-5 שנים האחרונות? אם כן, מתי?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
2. האם הינך סובל מסחרחורות וחוסר שיווי משקל?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
3. האם אתה סובל מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)? אם כן, מתי היה ההתקף האחרון?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
4. האם אתה מקבל בקביעות תרופות? אם כן, פרט:	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
5. האם עברת אי פעם אירוע מוחי (שבץ מוחי)? אם כן, מתי?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
6. האם הינך סובל ממחלת לב? אם כן, פרט:	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
7. האם אתה סובל מסוכרת? אם כן, מהו סוג הטיפול שהנך מקבל לאיזון הסוכרת?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
8. האם עברת התקפים של ירידה חדה ברמת הסוכר בדם?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
9. האם יש הפרעות במהירות תגובה: זיכרון, התמצאות בזמן ובמקום?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
10. האם אתה סובל מבעיות נפשיות? אם כן, האם טופלת או הינך מטופל? פרט:	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
11. האם אתה נוטל או נטלת בעבר תרופות המיועדות לטיפול במחלת נפש, מצבי רוח, ערנות ובעיות שינה?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
12. האם אתה נוטל סמים או תרופות העלולות להשפיע על מצב ההכרה או יכולת שיפוט?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
13. האם אתה צורך משקאות חריפים?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
14. האם אושפזת בעבר במוסד לגמילה או במוסד פסיכיאטרי? אם כן, פרט:	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
אני החתום מטה מצהיר שכל תשובתיי בטופס זה, תואמות את האמת וידוע לי כי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק, על כל רישום כוזב שערכתי בטופס זה.	
אני מצהיר ומתחייב למסור לרופא המוסמך מטעם הרשות, ידיעות מלאות וככונות על מחלותיי וליקויי הבריאותיים.	
אני מוותר על הסודיות בנוגע למחלותיי, לגבי המוסדות הרפואיים הבודקים אותי והנני מבקש בזאת מוסד רפואי למסור כל מידע בקשר למחלותיי מצבי הרפואי וכל מידע אחר שיידרש לרופא מוסמך או לבא כוחי.	
הריני מתחייב להודיע בכתב לאגף לרישוי כלי ירייה על כל שינוי שיחול בפרטים אותם מסרתי לעיל תוך 7 ימים ממועד השינוי ולהגיש הצהרת בריאות עדכנית.	
תאריך	חתימת מבקש הבדיקה

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