



מדינת ישראל

המשרד לביטחון הפנים

האגף לרישוי כלי ירייה



לתשומת לבך:

- טופס זה ייחתם על ידי רופא המשפחה או רופא אחר שעדיין 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 הבודק) 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 תעודת 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)

הצהרת מבקש/ת הבדיקה

(ימולא ע"י המבקש/ת)

| | |
|--|---|
| <p>1. האם ידוע לך על מחלה נוירולוגית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>2. האם היו אירועים של איבוד הכרה ב- 5 שנים האחרונות? אם כן, מתי? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>3. האם סובלת/מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)? אם כן, מתי היה ההתקף האחרון? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>4. האם עברה/אי פעם אירוע מוחי (שבץ מוחי)? אם כן, מתי? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>5. האם יש הפרעות מוטוריות ו/או תחושתיות והפרעות בקואורדינציה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>6. האם יש קישיון פרק או קטיעה? פרט: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>7. האם סובלת/ממחלת לב? האם סובלת/מהפרעות קצב? אם כן, פרט: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>8. האם ידוע על הפרעות פסיכיאטריות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>9. האם ניתן טיפול תרופתי פסיכיאטרי? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>10. האם לדעתך ישנו מקום להערכה פסיכיאטרית עדכנית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> | <p>1. האם עברת אירוע של איבוד הכרה ב- 5 שנים אחרונות? אם כן, מתי? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>2. האם הינך סובל מסחרחורות וחוסר שיווי משקל? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>3. האם אתה/סובלת/מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)? אם כן, מתי היה ההתקף האחרון? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>4. האם אתה/מקבלת/בקביעות תרופות? אם כן, פרט: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>5. האם עברת אי פעם אירוע מוחי (שבץ מוחי)? אם כן, מתי? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>6. האם הינך סובלת/ממחלת לב? אם כן, פרט: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>7. האם אתה/סובלת/מסכרת? סוג הטיפול שהנך מקבלת/לאיזון הסוכרת: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>8. האם עברת התקפים של ירידה חדה ברמת הסוכר בדם? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>9. האם יש הפרעות במהירות תגובה: זיכרון, התמצאות בזמן ובמקום? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>10. האם אתה/סובלת/מבעיות נפשיות? אם כן, האם טופלת או הינך מטופלת? פרט: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>11. האם אתה/נוטלת/או נטלת בעבר תרופות המיועדות לטיפול במחלת נפש, מצבי רוח, ערנות ובעיות שינה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>12. האם אתה/נוטלת/סמים או תרופות העלולות להשפיע על מצב ההכרה או יכולת שיפוט? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>13. האם אתה/צורך משקאות חריפים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>14. האם אושפזת בעבר במוסד לגמילה או במוסד פסיכיאטרי? אם כן, פרט: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> |
| <h4>אישור הרופא</h4> <p>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:</p> <p><input type="checkbox"/> אני מטפל קבוע במבקש, זה שלוש שנים לפחות בקופת חולים.</p> <p><input type="checkbox"/> אני מטפל במבקש שהוא עולה חדש וטרם חלפו שלוש שנים מיום עלייתו.</p> <p><input type="checkbox"/> עיינתי בתיקו הרפואי בכל קופ"ח שבה היה שלוש שנים שקדמו לבדיקה.</p> <p>תאריך _____ שם רופא _____ מס' רישיון (חתימה וחותמת)</p> | <p>אני החתום מטה מצהיר/ה שכל תשובתיי בטופס זה, תואמות את האמת וידוע לי כי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק, על כל רישום כוזב שערכת בטופס זה.</p> <p>אני מצהיר/ה ומתחייב/ת למסור לרופא המוסמך מטעם הרשות, ידיעות מלאות ונכונות על מחלותיי וליקויי הבריאותיים. אני מוותר/ת על הסודיות בנוגע למחלותיי, 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.</p> <p style="text-align: center;">תאריך _____ חתימת מבקש/ת הבדיקה _____</p> |

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