



מדינת ישראל

המשרד לביטחון הפנים

האגף לרישוי כלי ירייה



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 המטווה לפני ביצוע ההכשרה במטווה.
- ההצהרה (כולל האישור על ההכשרה) תועבר לאחור 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 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)

כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	1. האם ידוע לך על מחלה נוירולוגית?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	1. האם עברת אירוע של איבוד הכרה ב- 5 שנים אחרונות? אם כן, מתי? _____
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"/>	2. האם הינך סובל מסחרחורות וחוסר שיווי משקל? _____
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	3. האם סובלת/ת מאפילפסיה (מחלת הכיפיון). אם כן, מתי היה ההתקף האחרון? _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	3. האם את/ה סובלת/ת מאפילפסיה (מחלת הכיפיון) אם כן, מתי היה ההתקף האחרון? _____
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	4. האם עברה/ת אי פעם אירוע מוחי (שבץ מוחי)? אם כן, מתי? _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	4. האם את/ה מקבלת/ת בקביעות תרופות? אם כן, פרט: _____
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	5. האם יש הפרעות מוטוריות ואו תחושתיות והפרעות בקואורדינציה? _____	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 יש קשיון פרק או קטיעה? פרט: _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	6. האם הינך סובלת/ת ממחלת לב? אם כן, פרט: _____
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	7. האם סובלת/ת ממחלת לב? האם סובלת/ת מהפרעות קצב? אם כן, פרט: _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	7. האם את/ה סובלת/ת מסכרת? סוג הטיפול שהנך מקבלת/ת לאיזון הסוכרת: _____
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	8. האם ידוע על הפרעות פסיכיאטריות? _____	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 ניתן טיפול תרופתי פסיכיאטרי? _____	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 לדעתך ישנו מקום להערכה פסיכיאטרית עדכנית? _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	10. האם את/ה סובלת/ת מבעיות נפשיות? אם כן, האם טופלת או הינך מטופלת? פרט: _____
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	אישור הרופא	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	11. האם את/ה נוטלת/ת או נטלת/ת בעבר תרופות המיועדות לטיפול במחלת נפש, מצבי רוח, ערנות ובעיות שינה? _____
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	12. האם את/ה נוטלת/ת סמים או תרופות העלולות להשפיע על מצב ההכרה או יכולת שיפוט? _____
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	13. האם את/ה צורך משקאות חריפים? _____
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	14. האם אושפזת/ת בעבר במוסד לגמילה או במוסד פסיכיאטרי? אם כן, פרט: _____

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.

עיינתי בתיקו הרפואי בכל קופ"ח שבה היה שלוש שנים שקדמו לבדיקה.

תאריך _____ שם רופא _____ מסי רישיון (חתימה וחותמת)

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 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.

תאריך _____ חתימת מבקש/ת הבדיקה

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