



# מדינת ישראל המשרד לביטחון הפנים האגף לרישוי כלי ירייה



## לתשומת לבך:

- טופס זה יחתם על ידי רופא המשפחה או רופא אחר שעניין בתיקו הרפואי של המצהיר.
- 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 הבדוק) שניתנה על ידי משרד התחבורה, תוכר כתחליף להצהרה זו עד תום שנה שלמה מיום חתימת הרופא על גביה, על פי הצגתה.
- הנך מחויב להודיע לרשות המוסמכת על כל שינוי שחל במצב הבריאותי שלך.

## הצהרת בריאות

| שם משפחה | שם פרטי | מספר הזהות | שנת לידה |
|----------|---------|------------|----------|
|          |         |            |          |

| עיסוק | כתובת - רח' | בית | דירה | ת.ד. | ישוב | מיקוד |
|-------|-------------|-----|------|------|------|-------|
|       |             |     |      |      |      |       |

|       |      |     |   |   |
|-------|------|-----|---|---|
| סלמון | נייד | פקס | - | - |
|-------|------|-----|---|---|

כתובת דוא"ל @

## ממצאים רפואיים / שאלון רפואי

(יכולא עיי הרופא לאחר בדיקה)

|                                                                     |                                                         |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1. האם ידוע לך על מחלה נוירולוגית?                                  | 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 סובלת מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)? אם כן, מתי היה ההתקף האחרון? | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |
| 4. האם עברה/ה אי פעם אירוע מוחי (שבץ מוחי)? אם כן, מתי?             | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |
| 5. האם יש הפרעות מוטוריות ו/או תחושתיות והפרעות בקואורדינציה?       | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |
| 6. האם יש קשיין פרק או קטיעה? פרט:                                  | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |
| 7. האם סובלת ממחלת לב? האם סובלת 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"/> |

## הצהרת מבקש/ת הבדיקה

(יכולא עיי המבקש/ת)

|                                                                                                 |                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1. האם עברת אירוע של איבוד הכרה ב- 5 שנים אחרונות? 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/ה סובלת מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)? אם כן, מתי היה ההתקף האחרון?                       | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |
| 4. האם אתה/ה מקבלת 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 סובלת ממחלת לב? אם כן, פרט:                                                         | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |
| 7. האם אתה/ה סובלת מסכרת? סוג הטיפול שהנך מקבלת 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/ה סובלת מבעיות נפשיות? אם כן, האם טופלת או הינך מטופלת? פרט:                        | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |
| 11. האם אתה/ה נוטלת או נטלת בעבר תרופות המיועדות לטיפול במחלת נפש, מצבי רוח, ערנות ובעיות שינה? | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |
| 12. האם אתה/ה נוטלת סמים או תרופות העלולות להשפיע על מצב ההכרה או יכולת שיפוט?                  | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |
| 13. האם אתה/ה צורך משקאות חריפים?                                                               | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |
| 14. האם אושפזת בעבר בנוסד לגמילה או בנוסד פסיכיאטרי? אם כן, פרט:                                | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |

## 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 מס' 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 הבדוקים אותי וחנני מבקשת בזאת מכל נוסד רפואי למסור כל מידע בקשר למחלותיי מצבי הרפואי וכל מידע אחר שיידרש לרופא מוסמך או לבא כוחו.

תאריך חתימת מבקש/ת הבדיקה