



המשרד לבריאות לאומית האגף לרישוי כלי ירייה

הצהרת בריאות

לתשומת לבך:

- יש להחתים טופס זה רופא המשפחה או רופא אחר שעניין 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 המטווה לפני ביצוע ההכשרה במטווה. ההצהרה בצירוף האישור על מעבר ההכשרה, יועברו לאחר ההכשרה, על ידי מנהל המטווה, לפקיד הרישוי באגף לרישוי כלי ירייה.
- לחילופין, באפשרותך למסור את ההצהרה לאחר חתימת הרופא ישירות לפקיד הרישוי לפני ביצוע המשך תהליך ההכשרה במטווה. 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 נוירולוגית?	כן ☐ לא ☐
2. האם היו אירועים של איבוד הכרה ב-5 שנים האחרונות? אם כן, מתי?	כן ☐ לא ☐
3. האם סובל מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)? אם כן, מתי היה ההתקף האחרון?	כן ☐ לא ☐
4. האם עבר אי פעם אירוע מוחי (שבץ מוחי)? אם כן, מתי?	כן ☐ לא ☐
5. האם יש הפרעות מוטוריות או תחושתיות והפרעות בקואורדינציה?	כן ☐ לא ☐
6. האם יש קישיון פרק או קטיעה? פרט:	כן ☐ לא ☐
7. האם סובל ממחלת לב? האם סובל מהפרעות קצב? אם כן, פרט:	כן ☐ לא ☐
8. האם ידוע על הפרעות פסיכיאטריות?	כן ☐ לא ☐
9. האם ניתן טיפול תרופתי פסיכיאטרי?	כן ☐ לא ☐
10. האם לדעתך ישנו מקום להערכה פסיכיאטרית עדכנית?	כן ☐ לא ☐
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: ☐ אני מטפל בקבוע במבקש, זה שלוש שנים לפחות בקופת חולים. ☐ אני מטפל במבקש שהוא עולה חדש וטרם חלפו שלוש שנים מיום עלייתו. ☐ עיניתי 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 ☐ לא ☐
2. האם הינך סובל מסחרחורות וחוסר שיווי משקל?	כן ☐ לא ☐
3. האם אתה סובל מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)? אם כן, מתי היה ההתקף האחרון?	כן ☐ לא ☐
4. האם אתה מקבל בקביעות תרופות? אם כן, פרט:	כן ☐ לא ☐
5. האם עברת אי פעם אירוע מוחי (שבץ מוחי)? אם כן, מתי?	כן ☐ לא ☐
6. האם הינך סובל ממחלת לב? אם כן, פרט:	כן ☐ לא ☐
7. האם אתה סובל מסכרת? אם כן, מהו סוג הטיפול שהנך מקבל לאיזון הסוכרת?	כן ☐ לא ☐
8. האם עברת התקפים של ירידה חדה ברמת הסוכר בדם?	כן ☐ לא ☐
9. האם יש הפרעות במהירות תגובה: זיכרון, התמצאות בזמן ובמקום?	כן ☐ לא ☐
10. האם אתה סובל מבעיות נפשיות? אם כן, האם טופלת או הינך מטופל? פרט:	כן ☐ לא ☐
11. האם אתה נוטל או נטלת בעבר תרופות המיועדות לטיפול במחלת נפש, מצבי רוח, ערנות ובעיות שינה?	כן ☐ לא ☐
12. האם אתה נוטל סמים או תרופות העלולות להשפיע על מצב ההכרה או יכולת שיפוט?	כן ☐ לא ☐
13. האם אתה צורך משקאות חריפים?	כן ☐ לא ☐
14. האם אושפזת בעבר במוסד לגמילה או במוסד פסיכיאטרי? אם כן, פרט:	כן ☐ לא ☐
אני החתום מטה מצהיר שכל תשובותיי 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 ונכונות 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 ומצבי הרפואי וכל מידע אחר שיידרש לרופא מוסמך או לבא כוח. 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.

כ"י 2/02/03