



מס' זהות: _____

שם הנבדק: _____

טופס 3

טופס שאלון רפואי (מסמך זה מכיל 3 עמודים וימולא בידי מבקש הרישיון. יש למלא טופס זה במלואו **אחת לשנה**)

פרטים אישיים

שם משפחה _____ שם פרטי _____ זכר / נקבה*
 תעודת זהות\ דרכון* _____ תאריך לידה _____ / _____ / _____ גיל _____
 כתובת: רח' ומס' _____ עיר _____ מיקוד _____
 טלפון _____ נייד _____
 Email _____
 סוג דם _____ RH _____ גובה _____ משקל _____
 מספר רישיון נהיגה ספורטיבית (אם קיים) _____

שאלון רפואי* (השאלות מנוסחות בלשון זכר, ויחולו בלשון נקבה גם לגבי ספורטאית)

12. האם דווח לך אי פעם על אוושה או רשרוש בלבך ? כן / לא
13. האם היתה לך הרגשה של דפיקות לב עזות או חוסר פעימה בלב ? כן / לא
14. האם מישהו במשפחתך נפטר מבעיות לב או מוות פתאומי אחר לפני שמלאו לו 40 שנה? כן / לא
15. האם אתה סובל מבעיות עור (גירוד , נקודות חן או עור שסוע) ? כן / לא
16. האם נפגעת פגיעת ראש אי-פעם ? כן / לא
17. האם היה לך זעזוע מוח ? כן / לא
18. האם סבלת בעבר מכאבי ראש תכופים או קשים ? כן / לא
19. האם יש הפרעות במהירות תגובה ? כן / לא
20. האם יש הפרעות זיכרון ? כן / לא
21. האם קיימת בעיה של התמצאות בזמן ובמקום ? כן / לא
22. האם סבלת אי-פעם מהתכווצויות – חום ? כן / לא
23. האם איבדת אי-פעם הכרה בחום ? כן / לא
24. האם אתה משתמש במדרסים או בתומכים ? כן / לא

1. האם אושפזת אי פעם ? כן / לא
 2. האם עברת ניתוח ? כן / לא
 3. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע ? כן / לא
 4. האם יש לך רגישות יתר (אלרגיה) (לתרופות, לדבורים וכו') ? כן / לא
 5. האם אירע לך אירוע של איבוד הכרה בזמן מאמץ ? כן / לא
 6. האם היה לך דום נשימה ? אם כן, האם מטופל ? כן / לא
 7. האם סבלת כאבים בחזה בזמן מאמץ ? כן / לא
 8. האם סבלת מסחרחורת בזמן מאמץ ? כן / לא
 9. האם אתה מתעייף יותר מחבריך לפעילות בזמן מאמץ ? כן / לא
 10. האם אתה סובל מיתר לחץ דם ? כן / לא
- אם כן**, מהו סוג הטיפול שהנך מקבל לאיזון לחץ דם _____
11. האם הנך סובל / סבלת בעבר ממחלת לב או מהפרעה בקצב הלב ? כן / לא

25. האם נפצעת אי-פעם באחד מן הבאים (נקע , פריקה , או שבר) ?

יד	כן / לא	גב	כן / לא
שורש כף היד	כן / לא	מותן	כן / לא
מרפק	כן / לא	ירך	כן / לא
זרוע	כן / לא	ברך	כן / לא
כתף	כן / לא	שוק / קידמת הרגל	כן / לא
צוואר	כן / לא	כף רגל	כן / לא

* מחק את המיותר.



מס' זהות: _____

שם הנבדק: _____

26. האם סבלת אי-פעם מהמחלות הבאות ?	מונונוקלאוזיס (מחלת נשיקה)	כן / לא	צהבת	כן / לא
	שחפת	כן / לא	כיב קיבה	כן / לא
	סוכרת	כן / לא		

אם כן, מהו סוג הטיפול שהנך מקבל לאיזון הסוכרת : _____

האם עברת התקפים של ירידה חדה ברמת הסוכר בדם (היפוגליקמיה) _____

27. מתי קיבלת לאחרונה חיסון נגד צפדת (טטנוס) _____

28. האם הנך סובל / סבלת בעבר מסחרחורות או חוסר שיווי משקל ?

29. האם אתה סובל ממחלה נוירולוגית

30. האם אתה סובל / סבלת בעבר מאפילפסיה או מפרכוסים ?

אם כן, מתי היה ההתקף האחרון ? _____

31. האם הנך מטופל תרופתית ? אם כן, פרט _____

32. האם אתה סובל / סבלת בעבר מבעיות עיניים, פגיעות בעיניים (למעט משקפיים) ?

33. האם אתה סובל / סבלת בעבר מאסטמה ?

34. האם אתה סובל / סבלת בעבר מבעיות בדרכי העיכול ?

35. האם אתה סובל / סבלת בעבר מבעיות בדרכי השתן או אברי המין ?

36. האם אתה סובל / סבלת בעבר מהפרעות עצביות כלשהן ?

37. האם עברת אירוע מוחי (שבץ מוחי) בעבר ?

אם כן, מתי ? _____

38. האם אתה סובל / סבלת בעבר מבעיות כלשהן בגפיים (כולל התכווצויות שרירים או נוקשות מפרקית) ?

39. האם עברת ניתוח כלשהו או אשפוז ממושך בעבר ?

40. האם יש לך נטייה לישנוניות / הרדמות יתר במשך היום ?

41. האם יש לך ירידה בשמיעה ?

אם כן, האם מרכיב מכשיר שמיעה ? _____ * נא לצרף בדיקות שמיעה אחרונות .

42. האם אתה סובל/סבלת בעבר ממחלה זיהומית כלשהי ?

43. האם אתה סובל/סבלת בעבר מהפרעה פסיכיאטרית או מבעיה נפשית שבגינה טופלת ע"י פסיכולוג/פסיכיאטר ?

אם כן פרט, האם מטופל ? באילו תרופות ? _____

44. האם השתמשת בעבר בסמים שלא לצורך רפואי ?

45. האם אתה משתמש באופן כרוני באלכוהול ?

46. האם קיבלת חיסון נגד טטנוס ב- 10 השנים האחרונות ?

47. האם אתה סובל/סבלת בעבר מהפרעות במערכת כלי הדם, עם נטייה לדימומים, קרישת דם ?

48. האם היית חולה/מאושפז במשך יותר משבועיים ברציפות במהלך השנה האחרונה ?

** השאלות הבאות (49-51) מיועדות לספורטאיות בלבד:

49. ** באיזה גיל הופיע המחזור הראשון ? _____

50. ** מתי הופיע המחזור האחרון ? _____

51. ** האם המחזור מופיע באורח סדיר ? כן / לא

הסברים נוספים בעקבות התשובות לשאלות 1 עד 50

ממצאים ומסקנות:

לאור הנתונים, שנמסרו בתשובות לשאלון, אין שום צורך בבדיקה נוספת. תאריך: _____

שם הרופא: _____ חתימת הרופא: _____ חותמת התחנה לרפואת ספורט: _____



מס' זהות: _____

שם הנבדק: _____

ממצאים ומסקנות

לאור הנתונים, שנמסרו בתשובות לשאלון, אין שום צורך בבדיקה נוספת. [הכל בהתאם לאמור בתקנות הנהיגה הספורטיבית (כללים בדבר כשירות רפואית), תשע"א-2010]

אני החתום מטה מצהיר כי מבקש הרישיון לנהיגה ספורטיבית:

(יש לסמן במקום המתאים ולפרט בהתאם לצורך)

כשיר לפעילות בלי הגבלה.

כשיר לפעילות עם המגבלות הבאות: _____

בלתי כשיר לפעילות.

הערות:

תאריך הבדיקה: _____

חתימה וחותמת הרופא

שם הרופא (פרטי ומשפחה)

חותמת התחנה לרפואת ספורט

הנבדק יחתום על ההצהרה שלהלן:

הצהרה

- אני מצהיר בזה שמסרתי מידע מלא ונכון על מצבי הרפואי בעבר ובהווה לפי השאלות שנשאלתי על ידי הרופא הבדק.
- במקרה של פציעה, תאונה או אירוע רפואי במהלך נהיגה ספורטיבית, אני מאשר לסגל הרפואי המטפל בי בגין אותה פציעה, תאונה או אותו אירוע רפואי למסור את סיכום הסגל הרפואי בגין אותו טיפול לרשות המוסמכת.
- אני מתחייב בזה להודיע בכתב לרשות המוסמכת על כל שינוי משמעותי במצבי הבריאותי, בטיפול תרופתי שאני מקבל, במצב ראייתי או על מקרה שבו נפצעתי באירוע נהיגה ספורטיבית או אושפזתי לתקופה העולה על שבועיים ימים באופן שיש בו כדי להשפיע על נהיגתי ולפעול לפי הוראותיה, ומתחייב שמקורות השינוי במצבי ועד לקבלת החלטה של הרשות המוסמכת אם לאשר לי להמשיך ולנהוג נהיגה ספורטיבית, לא אנהג נהיגה ספורטיבית.
- אני מוותר על סודיות רפואית של כל הטפסים הרפואיים כלפי הרשות המוסמכת והרופא המטפל מטעמה באישור הבקשה.
- יש לסמן X במקום המתאים:
[] אינני משתמש בעדשות מגע.
[] אני מצהיר כי אני משתמש בעדשות מגע רכות בלבד.

חתימת הנבדק

תאריך

לגבי קטין מתחת לגיל 18:

ת.ז הורה / אפוטרופוס

חתימתו/ה

שם הורה או אפוטרופוס