

תאריך : 27/01/2013

לכבוד

שלום רב,

הנדון :

קבלת מכתב ממאגיד מחקר :

יש לשלוח תוצאות בדיקת שינה אחרונה שבוצעה ופריקת מכשיר CPAP+ פיענוח מרופא בלבד (במידה ומשתמש במכשיר זה)

בברכה,
מזכירות המכון

דף הסבר

הופנית למכון הרפואי לבטיחות בדרכים כדי לקבוע את כשירותך הרפואית לנהיגה.

סיבת ההפניה:

- החלטת משרד הרישוי, כמתחייב מתקנות התעבורה.
- בקשת רשיון נהיגה לרכב ציבורי.
- בקשת רשיון נהיגה לרכב משא-כבד.
- החלטת משרד התחבורה, כמתחייב מתקנות התעבורה לבעל רשיון שחידושו מותנה בביצוע בקורת רפואית מפאת גיל.
- הרשעה בעבירת סמים/אלכוהול.
- בקשת משרד הביטחון/אגף השיקום.
- בקשת המוסד לביטוח לאומי, מחלקת נידות.
- דיווח ממשטרת ישראל, עפ"י סמכותם בד"ן.
- החלטת בית המשפט.
- דיווח מרופא תעסוקתי.
- דיווח מצה"ל/ענף מיון רפואי, מכח פקודת התעבורה סעיף 12 ב' (חובת דיווח רפואי), על שינוי במצב בריאותך שהוא רלוונטי לנהיגה:

מס' 1210
פניה מק"ר החולים שיטא אל
הרשיון

- קבלת מידע רפואי, מכח פקודת התעבורה סעיף 12 ב' (חובת דיווח רפואי).
- בדיקת בקורת, עפ"י המלצתנו.

א. לצורך השלמת/עדכון המידע שבידינו הינך נדרש/ת להמציא לנו מסמכים רפואיים על מצב בריאותך, באמצעות הטפסים המצורפים.

מתן המלצה על כשירות רפואית לנהיגה מחייב תשלום אגרה בסך 114 ₪ בבנק הדואר (שובר תשלום מצורף). את המסמכים הרפואיים בצרוף אשר על התשלום הינך מתבקש/ת לשלוח אלינו.

אם עפ"י הממצאים יוחלט להזמין לבדיקה/ות, יהא עליך להשלים את האגרה, עד ל- 613 ₪.

גביית התשלום היא מכח תקנה 195 ב' לתקנות התעבורה.

ב. מצורפת לזה הזמנה לבדיקות.

הנהלת המרב"ד

רח' חארבעה 12 ת"ד 20592, תל-אביב 61202 טל: 5634702-03 פקס: 5626022-03

מענה טלפוני 24 שעות ביממה ע"י מערכת ממוחשבת שמבינה דיבור בטל' 03-5634702
בימי ג' תתבצע קבלת קהל במכון בין השעות: 14:00-12:00
07-24

תאריך: 27/01/2013

לתשומת ליבך! אי שליחת
המכתב תוך חודש ימים
עלול לגרום להתליית רשיוןך.

לכבוד

שלום רב,

בידינו מידע רפואי המחייב את תשובותיך על גבי השאלון המצ"ב.
יש לענות על כל השאלות בכתב יד ברור וללא מחיקות.

שאלון על הפרעות שינה

גובה _____

משקל _____

טלפון עדכני _____

* סמן את המתאים בעיגול

1. האם הנך סובל או סבלת מבעיות שינה? לא כן
 2. האם הנך סובל מעייפות יתר במשך היום? לא כן
 3. האם הנך סובל מנטייה להירדם על יד ההגה? לא כן
 4. האם נבדקת במעבדה לחקר שינה? לא כן תאריך: _____
 5. האם הנך משתמש במכשיר CPAP? לא כן
 6. האם עברת נתוח אף אוזן גרון? לא כן תאריך: _____
 7. האם הנך מטופל בגלל הפרעות שינה? לא כן
- אם כן, פרט מהו הטיפול שהנך מקבל: _____

אני הח"מ מאשר בחתימת ידי כי הפרטים שמסרתי לעיל נכונים.
ידוע לי כי אם יתברר שהפרטים הנ"ל אינם נכונים חייב יהיה המכון
הרפואי לבטיחות בדרכים לפעול כלפי עפ"י החוק והדין.

חתימה

שם

תאריך