



יש למלא את פרטי הנבדק  
שם פרטי: \_\_\_\_\_  
שם משפחה: \_\_\_\_\_  
מספר זהות: \_\_\_\_\_

שלום רב,

לשם סיום הטיפול בתיקך, הינך מתבקש להעביר את הטופס המצ"ב לרופא שלך לצורך מילוי.

רופא נכבד,

הנ"ל הופנה לבדיקות לצורך הערכת כשירות רפואית לנהיגה. נודה לך אם תאות למלא את הטופס המצורף. לאור חשיבות המידע נשמח אם תוכל לפרט ככל האפשר. ניתן לצרף מסמכים במידת הצורך.

בכבוד רב,

מנהל המרב"ד

למילוי טופס זה, נא לפנות לפסיכיאטר מטפל

**ממצאים רפואיים מפסיכיאטר**

1. האם הנ"ל סבל/ה סובל לת מליקוי בריאות או מחלות? אם כן פרט:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. האם היה/תה מטופלת/תורפית בעבר או כעת? אם כן פרט:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. אבקש לקבל דעתך על תפקודוה הכללי מבחינת בריאותית:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם הרופא: \_\_\_\_\_ חתימת וחותמת \_\_\_\_\_

מען המרפאה ומספר הטלפון \_\_\_\_\_ מס' רישיון \_\_\_\_\_