

## שאלון פרטים אישיים (שאלון ביקורת)

שאלון זה מיועד עבור נהגים/מבקשי רישיון שנבדקו בעבר במכון רפואי לבטיחות בדרכים. יש למלא את כל הסעיפים לרבות פרטים מזהים בכתב ברור וקריא. במידה והתבקשת להשלים אישור תשלום אגרה עבור השירות, יש לצרף לטופס זה.

**לתשומת ליבך:** המידע שיימסר למרבי"ד הוא סודי רפואי ולא יועבר לאף גורם ללא הסכמתך.

שם משפחה: \_\_\_\_\_  
שם פרטי: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_  
ארץ לידה: \_\_\_\_\_  
מספר טלפון: \_\_\_\_\_  
כתובת דוא"ל: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_  
מספר זהות: \_\_\_\_\_  
שנת לידה: \_\_\_\_\_  
שנת עלייה: \_\_\_\_\_  
מספר טלפון נייד: \_\_\_\_\_

### נהיגה:

האם יש לך רישיון נהיגה בתוקף? כן / לא, מאיזה סוג או סוגים? \_\_\_\_\_  
כמה זמן? \_\_\_\_\_ כמה שנים את/ה נוהג/ת? \_\_\_\_\_  
האם יש ברשותך רכב הרשום על שמך? \_\_\_\_\_ כמה זמן? \_\_\_\_\_  
כמה קילומטרים בערך נהגת בשנה האחרונה? \_\_\_\_\_ באיזה סוג רכב? (דו גלגלי, טרקטור, פרטי, משאית, משאית כבדה/ סמיטריילר, מונית, אוטובוס.....) \_\_\_\_\_  
כמה שעות בממוצע להערכתך את/ה נוהג/ת ביום? \_\_\_\_\_  
האם היית מעורב/ת כנהג/ת בתאונת דרכים בה נהרג או נפצע אדם? \_\_\_\_\_ מתי? \_\_\_\_\_  
תארי את נסיבות התאונה: \_\_\_\_\_  
כמה תאונות דרכים היו לך בשנים האחרונות, שהגיעו לידיעת המשטרה? \_\_\_\_\_  
כמה תאונות דרכים היו לך ב שנים האחרונות, שהגיעו לידיעת חברת הביטוח? \_\_\_\_\_  
כמה תאונות דרכים היו לך בשנים האחרונות, בהן הגעת להסדר עם הנהג השני, בלי שזה הגיע לידיעת המשטרה או חברת הביטוח? \_\_\_\_\_  
כמה עבירות תנועה היו לך ב 3 שנים האחרונות? (כולל ברירת קנס) \_\_\_\_\_  
האם השתתפת או הוזמנת לקורס נהיגה מונעת עקב צבירת נקודות? כן/לא, כמה פעמים? \_\_\_\_\_ מתי? \_\_\_\_\_  
כמה שלילות רישיון היו לך? \_\_\_\_\_ מתי האחרונה? \_\_\_\_\_ ולמשך כמה זמן? \_\_\_\_\_

האם חל שינוי בבריאותך מאז שנבדקת בפעם האחרונה במכון הרפואי לבטיחות בדרכים? **כן/לא**, פרט(י)?

מאילו מחלות את(ה) סובלת(ת)?

האם את(ה) מוכרת(ת) כנכה? **כן/לא**, מה אחוז הנכות? מהי הנכות?

האם אושפזת אי פעם בבית חולים? **כן/לא**, מתי? איפה?

סיבת האשפוז: האם אושפזת אי פעם מסיבה נפשית? **כן/לא**, מתי?

איפה? האם היית אי פעם בטיפול פסיכיאטרי או פסיכולוגי? **כן/לא**, מתי?

כמה זמן? איפה? שם וכתובת המטפל:

האם את(ה) מקבלת(ת) תרופות? **כן / לא**, איזה?

האם השתמשת בסמים בעבר? **כן/לא** באיזה? מתי?

האם את(ה) משתמשת(ת) בסמים בהווה? **כן / לא** באיזה?

האם ישנו רישיון בתוקף לקנאביס רפואי? **כן / לא**

האם עברת טיפול לגמילה מסמים? **כן/לא**, מתי? איפה?

כל כמה זמן את(ה) שותה משקה אלכוהולי? איזה משקאות?

האם היית מכור(ה) לאלכוהול בעבר? **כן/לא**, האם עברת טיפול לגמילה מאלכוהול? **כן/לא**, מתי?

איפה?

האם נפתחו לך תיקים במשטרה? **כן / לא**, כמה? מתי? ובקשר למה?

האם היו לך הרשעות בתחום הפלילי/תעבורתי? **כן/לא**, אם כן, פרט(י)

האם היית במאסר? **כן/לא** כמה פעמים? מתי? כמה זמן?

האם שהית בחו"ל זמן ממושך (מעל 6 חודשים) **כן/לא**, כמה זמן? מתי?

**תעסוקה:**

במה את(ה) עובדת(ת)? מקום עבודה?

כמה זמן? כמה עבדת בעבר?

**שירות צבאי: הקף בעיגול את התשובות המתאימות:**

לפני צבא / עדיין משרת(ת) / שרתתי שירות מלא / שרתתי שירות חלקי: מס' חודשים: \_\_\_\_\_ / שירות לאומי/

משרת במילואים / פטור ממילואים/ אחר \_\_\_\_\_.

האם שונה הפרופיל הצבאי במהלך השירות? **כן/לא** אם כן, פרט(י)

האם את(ה) פטורה(ה) מצה"ל? **כן / לא**, אם כן, מה הסיבה לכך?

**נא להקפיד לחתום:**

שם מלא: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_