



יש למלא את פרטי הנבדק שם פרטי: _____

שם משפחה: _____

מספר זהות: _____

הפנייה לבדיקת ראייה

שלום רב,

לשם סיום הטיפול בתיקך הנך מתבקש/ת לבצע בדיקת ראייה ע"י רופא עיניים מומחה. טרם הבדיקה יש למלא את הפרטים האישיים שלך בטופס זה.

רופא נכבד,

שם הנבדק: _____ מספר זהות: _____

מבקש רישיון נהיגה מסוג:

עליו לעבור את הבדיקות הבאות על מכשיר טיטמוס או דומה לו:

- חדות ראייה
- שדה ראייה
- ראייה דו עינית וכפל ראייה

בדיקה זו תעשה ע"י רופא עיניים מומחה:

סמן X בטורים כן או לא בהתאם לתשובה המתאימה.

הערות	קרקעית העין	ראייה דו-עינית וכפל ראייה מסי עצמים מזוהה	שדה ראייה 140° לפחות לרכב ציבורי- כבד	שדה ראייה 120° לפחות לרכב פרטי	חדות ראייה 6/12 לפחות				עין	
					עם משקפיים		בלי משקפיים			
		2	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	ימין
		2	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	שמאל
		3	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	יחד
		4	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>							

זיהיתי את המבקש ע"פ תעודה מזהה. וידאתי שאינו מרכיב עדשות מגע בבדיקה ללא משקפיים. הבדיקה כולה בוצעה באמצעות מכשיר בדיקה המאושר ע"י משרד הבריאות.

תאריך: _____ מס' רישיון: _____ חותמת וחתימת הבודק: _____