

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	שנת לידה	משיט
----------	---------	----------	----------	------

טופס זה מופנה לשני המינים למרות שהוא כתוב בלשון זכר נכבדי, קבלת תעודת משיט, מכון או קברניט נוסעים בשכר, מותנית בביצוע ביקורת רפואית, שתכלול מבדק כושר ראייתך אצל רופא עיניים או אצל אופטומטריסט מורשה ומבדק רפואי כללי.

תאריך קבלת תעודה	מס' תעודה
------------------	-----------

עליך להציג את הטופס המלא – הכולל בדיקת הראיה, בדיקת השמיעה (אם קיימת פגיעה בשמיעתך), בדיקת הרופא, תשובותיך, תאריך וחתמתך.

הגבלות (לשימוש המשרד)			

א. תוצאות הבדיקה הרפואית של כושר הראיה

עין	חדות ראייה לפחות 6/12 בכל עין				שדה ראייה לפחות 120° בכל עין	
	עם משקפיים		בלי משקפיים			
ימין	כן	לא	כן	לא	כן	לא
שמאל	כן	לא	כן	לא	כן	לא
יחד	כן	לא	כן	לא	כן	לא
ראיה לפני תיקון עד 6/60 בכל עין. מידת התיקון המותרת ± 7.						

ראיה דו-עינית וכפל ראייה/מספר עצמים מזוהה	ראיית צבעים לפי אישיהארה למשיט		ימולא בידי רופא עיניים או אופטומטריסט מורשה
	כן	לא	
1	כן	לא	זיהיתי את המבקש לפי תעודה מזהה; וידאתי שאינו מרכיב עדשות מגע או משקפיים בבדיקה ללא משקפיים; מכשירי בדיקה כולה בוצעה באמצעות הבריאות.
2	כן	לא	
3	כן	לא	
4	כן	לא	

רופא נכבד, לפי הוראות תקנות הספנות (ימאים) (משיטי כלי שיט קטנים), התשנ"ח – 1998, המבקש תעודת משיט, מכון או קברניט נוסעים בשכר ייבדק בבדיקה רפואית שתכלול בדיקת מצבו הגופני וכן בדיקות נוספות לראיה ולשמיעה; את הבדיקה יערוך רופאו המטפל של המבקש או רופא שעייך בתיקו הרפואי של המבקש; אתה מתבקש לפרט את ממצאיך בטופס זה ולפי הדרישות שבו; אי לכך נבקשך לבדוק בדיקה רפואית את מבקש התעודה שפרטיו מצויינים בטופס הבדיקה ולמלא את הטופס לכל פרטיו; **אנא הסבר לנבדק את חלק ב' של הטופס וודא שימלא אותו ויחתום עליו.**

ב. בדיקות מבקש תעודת משיט, מכון או קברניט נוסעים בשכר

ממצאים רפואיים/שאלון רפואי		כן	לא
ימולא בידי הרופא לאחר בדיקה פיסית ועיון בתיק הרפואי.			
1. האם ידוע לך על מחלה נויורולוגית?			
2. האם היו אירועים של איבוד הכרה ב-5 השנים האחרונות? אם כן, מתי?			
3. האם סובל מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)? אם כן, מתי היה ההתקף האחרון? האם מטופל תרופתית? פרט:			
4. האם עבר אירוע מוחי? מתי?			
5. האם יש הפרעות מוטוריות או תחושתיות והפרעות בקואורדינציה?			
6. האם יש קשיין פרק או קטיעת גפה? פרט:			
7. האם סובל מסוכרת? אם כן, מה הטיפול שמקבל: האם היו אירועים של היפוגליקמיה?			
8. האם יש הפרעות במהירות תגובה, זיכרון, התמצאות בזמן ובמקום?			
9. האם ידוע לך על שימוש כרוני בסמים או אלכוהול שלא לצורך רפואי?			
10. האם סובל ממחלת לב? האם סובל מהפרעות קצב? פרט:			
11. האם לדעתך יש הצדקה לבדיקה בידי רופא מומחה? אם כן נא פרט את תחום המומחיות			
12. האם מקבל טיפול תרופתי פסיכיאטרי?			

הצהרת מבקש הבדיקה (ימולא בידי המבקש)		כן	לא
1. האם עברת אירוע של איבוד הכרה ב-5 השנים האחרונות? אם כן, מתי?			
2. האם אתה סובל מסחרחורות או מחוסר שיווי משקל?			
3. האם אתה סובל מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)? אם כן, מתי היה ההתקף האחרון? האם את מקבל בקביעות תרופות? אם כן פרט.			
4. האם עברת אי פעם אירוע מוחי (שבץ מוחי)? אם כן, מתי?			
5. האם יש לך הגבלה בתנועה ביד או ברגל בגלל ירידה בתחושה, חולשה, שיתוק או קטיעה?			
6. האם אתה סובל ממחלת לב? אם כן, פרט.			
7. האם אתה סובל מסוכרת? סוג הטיפול שאתה מקבל לאיזון הסוכרת: האם עברת התקפים של ירידה חדה ברמת הסוכר בדם (היפוגליקמיה)?			
8. האם אתה מקבל טיפול תרופתי פסיכיאטרי או היית מאושפז במחלקה פסיכיאטרית ב-10 השנים האחרונות?			
9. האם אתה מקבל בקביעות תרופות? אם כן, פרט.			
10. האם נבדקת אי פעם במכון הרפואי לבטיחות בדרכים? אם כן, מתי?			
11. האם אתה סובל מפגיעה בשמיעה או מחרשות? * יש לצרף אישור ממוחשב על כל מחלה לרבות קצרות הסמפונות ופגיעות בשמיעה)			

אני החתום מטה, שפרטי האישיים רשומים לעיל, מבקש להיבדק בדיקה רפואית כתנאי לקבלת תעודת המשיט המבוקשת; אני מתחייב בזה למסור לרופא הבדק, ומתיר לו לקבל, מכל רופא או גוף רפואי, ידיעות ופרטים מלאים ונכונים על מצב בריאותי, בעבר ובהווה; אני מצהיר שכל תשובותיי בטופס זה תואמות את האמת וידוע לי כי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק, על כל רישום כוזב שערכת ביטופס זה; אני מצהיר ומתחייב למסור לרשות הספנות והנמלים ידיעות מלאות ונכונות על מחלותיי, ליקויי הבריאותיים ותוצאות הבדיקות בהן נבדקתי במסגרת טופס זה (להלן – מצבי הרפואי). אני מבקש בזאת מכל מוסד רפואי ומעבדה המחזיקים במידע עלי למסור כל מידע בקשר למצבי הרפואי, הנדרש לצורך בחינת הכשירות הרפואית לקבלת תעודת משיט, מכון או קברניט נוסעים בשכר כפי שתקבע רשות הספנות והנמלים, ומוותר על סודיות לגבי מידע זה.

אישור הרופא המטפל או רופא שעייך בתיקו הרפואי של המבקש. אני מאשר כי מבקש הבדיקה חתם על הצהרתו וזיהיתי את המבקש לפי תעודה מזהה.
(נא סמן X במקום המתאים):

אני הרופא המטפל של המבקש.
 מילאתי טופס זה על סמך עיון בתיקו הרפואי של המבקש ותשובותיו לשאלות.

אני הרופא, _____

שם הרופא _____ מס' רישיון וחותמת _____

קופת חולים _____ כתובת המרפאה _____

תאריך _____ חתימת מבקש הבדיקה _____

בקשה לקבל / לחדש תעודת משיט / מכונן / קברניט נוסעים בשכר

מדינת ישראל

משרד התחבורה



רשות הספנות והנמלים רשות הרישוי

בקשה לקבלת/חידוש : תעודת משיט / מכונן / קברניט נוסעים בשכר לכלי שיט :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> (11) אופנוע ים | <input type="checkbox"/> (12) סירת מנוע עוצמה א' <input type="checkbox"/> (13) סירת מנוע עוצמה ב' | <input type="checkbox"/> (20) סירת נוסעים בשכר |
| <input type="checkbox"/> (21) מפרשית | <input type="checkbox"/> (30) ספינה | <input type="checkbox"/> (40) ספינת נוסעים בשכר רמה א' <input type="checkbox"/> (50) ספינה גוררת |
| <input type="checkbox"/> (60) ספינה במסע בין-לאומי | <input type="checkbox"/> קברניט נוסעים בשכר | <input type="checkbox"/> מכונן |

פרטים על מגיש הבקשה :

מס' זהות/דרכון: _____ שם: _____ שם באנגלית: _____
כתובת: _____
טלפון בבית: _____ טלפון נייד: _____ טלפון בעבודה: _____

צילום פנים

יובהר, כי אם אינך בעל רישיון נהיגה לפי פקודת התעבורה, עליך להצטלם צילום פנים ממוחשב בידי מי שרשות הרישוי הסמיכה לעניין זה, ולהגיש טופס זה כשעליו מוטבע צילום פניך. אם אתה בעל רישיון נהיגה כאמור, ואתה מסכים כי רשות הרישוי תעשה שימוש בצילום פניך הממוחשב שצולם לשם קבלת רישיון נהיגה או לחדשו לפי תקנה 174א(א) לתקנות התעבורה, התשכ"א-1961 (להלן – מאגר התמונות של משרד התחבורה) לצורך הנפקת תעודת המשיט/מכונן/קברניט נוסעים בשכר, באפשרותך לצרף לטופס זה צילום פניך; אם תעמוד במכלול התנאים לקבלת תעודה כאמור, תונפק לבסוף התעודה כשעליה צילום פניך הממוחשב ממאגר התמונות של משרד התחבורה. אם אתה בעל רישיון נהיגה אולם אתה מתנגד לשימוש בצילום פניך הממוחשב המצוי במאגר התמונות של משרד התחבורה כאמור, באפשרותך לסמן זאת להלן, ולהצטלם כבר עתה צילום פנים ממוחשב בידי מי שרשות הרישוי הסמיכה לעניין זה.

מידע על תחנות הצילום ניתן למצוא באתר האינטרנט של משרדנו שכתובתו <http://asp.mot.gov.il>

אני מתנגד לשימוש בצילום פני הממוחשב המצוי במאגר התמונות של משרד התחבורה לצורך הנפקת תעודת המשיט המבוקשת, ומעדיף להצטלם צילום פנים ממוחשב בידי מי שרשות הרישוי הסמיכה לעניין זה.

הצהרת מבקש הבקשה :

אני מצהיר כי לא הורשעתי בעבר בעבירה לפי תקנות הנמלים (בטיחות השיט), התשמ"ג – 1982 או בעבירה הנובעת מהשטת כלי שיט, וכי לא הוגש נגדי אישום פלילי על עבירה הנובעת מהשטת כלי שיט בחמש השנים האחרונות. ידוע לי כי מסירת פרטים לא נכונים או העלמת פרטים ועובדות הנוגעות לעניין מהרופא או מרשות הרישוי, עלולה להביא לשלילת זכאותי לקבל תעודת משיט / מכונן / קברניט נוסעים בשכר או לביטול התעודה שניתנה לי, אם ניתנה לי.

בעל תעודת משיט שנתגלו בו מגבלות במערכת העצבים, העצמות, הראיה או השמיעה או שנפגמה בריאותו בדרך אחרת יודיע על כך מיד במכתב רשום לרשות הרישוי.

חתימה

שם פרטי + שם משפחה

תאריך

נכבדי,

מילוי נכון של טופס זה יזרז את הטיפול במתן תעודתך; נבקשך לא לעכב את הגשת הטופס; אם ברשותך מסמכים רפואיים נוספים הקשורים למצב בריאותך, נא לצרפם לטופס. תוקף הבדיקה הרפואית הוא לשנתיים ממועד ביצוע הבדיקה.

לשימוש המשרד (להתייחסות והמלצת רופא הרשות - לאחר הבדיקה רפואית שנעשתה על ידי רופא המטפל או רופא שעניין בתיקו הרפואי)

המלצת רופא שהרשות הסמיכה : כשיר לא כשיר

חתימה וחותמת

שם הרופא

תאריך

כשיר לא כשיר

סיכום רשות הרישוי :

חתימה וחותמת

שם העובד

תאריך