



אגף המבצעים

משטרת ישראל



חטיבת השיטור

- בלמס -

אגף המבצעים / חטיבת השיטור

מחלקת מתנדבים ומש"קים

04.06.2024

נספח-ג-2

שמור לאחר מילוי

הצהרת בריאות – להתנדבות למשא"ז

ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
מחוז	מרחב	תחנה	

חלק א': הצהרת המועמד/ת המתנדב/ת

לא	כן	מועמד לגיוס ☐ מתנדב פעיל (חידוש) ☐ מתנדב - חריג גיל ☐
		1. האם עברת אירוע של איבוד הכרה בשנה האחרונה אם כן, מתי? _____
		2. האם הנך סובלת/מסחרחורות או חוסר שיווי משקל? _____
		3. האם יש לך נטייה לישנוניות/הרדמות יתר במשך היום? _____
		4. האם אובחנת כסובלת/ממחלת לב/ סובלת מאי סדירות בדופק הלב? אם כן פרט: _____
		5. האם הושתל לך קוצב לב? _____
		6. האם עברת אירוע מוחי (שבץ מוחי) בשנה האחרונה ? פרט _____
		7. האם יש לך הגבלה בתנועה ביד או ברגל בגלל ירידה בתחושה, חולשה, שיתוק או קטיעה? _____
		8. האם הנך סובלת/מבעיה אורתופדית (גפיים מפרקים, עמוד שדרה)? אם כן, איזה? _____
		9. האם אתה סובל מבעיות שמיעה ונעזר במכשיר ? _____
		10. האם אובחנת כסובל מיתר לחץ דם : _____ האם הנך מטופל ביתר לחץ דם : _____
		11. האם אתה/סובלת/מסוכרת? סוג הטיפול שהנך מקבלת/לאיזון הסוכרת _____
		12. האם עברת התקפים של ירידה חדה ברמת הסוכר בדם (היפוגליקמיה)? _____
		13. האם היית מטופל אצל פסיכיאטר? _____
		14. האם נוטלת/כדורים פסיכיאטרים? _____
		15. האם היית/עדיין בטיפול פסיכולוגי / טיפול נפשי, בעבר או בהווה?(לא לשם אבחון הפרעות קשב וריכוז) _____



- בלמס -

		16. האם היית באשפוז פסיכיאטרי?
		17. האם היה ניסיון אובדני?
		18. האם הנך מקבלת בקביעות תרופות? אם כן, פרט: _____
		13. האם הנך מטופלת בקנאביס?
		20. האם את/ה סובלת מאפילפסיה (מחלת הרפיון)? אם כן: א. מתי היה ההתקף האחרון? _____ ב. האם את/ה מקבלת בקביעות תרופות? אם כן, איזה? _____
		21. האם הנך סובל מבעיה רפואית שאינה מופיעה בשאלון? אם כן פרט: _____

אני החתום/ה מטה מצהיר/ה שכל תשובותיי בטופס זה תואמות את האמת

וידוע לי כי אהיה צפוי/י לעונשים הקבועים בחוק, על כל רישום כוזב שערכתי בטופס זה.
אני מצהיר/ה ומתחייב/ת למסור לרופא המוסמך מטעם משטרת ישראל ידיעות מלאות ונכונות על מחלותיי וליקויי ומצבי הבריאותי, ולדווח על כל שינוי שיחול במצבי הרפואי. אני מוותר/ת על הסודיות בנוגע למחלותיי, לגבי המוסדות הרפואיים הבודקים אותי והנני מבקש/ת בזאת מכל מוסד רפואי למסור כל מידע בקשר למחלותיי, מצבי הרפואי וכל מידע אחר שיידרש לרופא המוסמך או לבא כוחו.

חתימת המועמד/ת מתנדב/ת

תאריך

חלק ב': ימולא על ידי הרופא המשטרתי לנושא תיקוף מצב רפואי/בעקבות שינוי במצבו הרפואי של המתנדב

1. הנייל נבדקה על ידי בתאריך _____

2. ממצאי הבדיקה



- בלמס -

3. החלטה:

- כשירה לתפקיד ברמת עצימות גבוהה (יחידות חילוץ, צוללים, אופניים, פרשים בלבד). ☐
- כשירה לתפקיד ברמת עצימות בינונית (פעילות סיור בתנאי שטח וכדומה). ☐
- כשירה לתפקיד ברמת עצימות נמוכה בלבד (פעילות מנהלית בתנאי חדר). ☐
- אינו כשירה לכל תפקיד במשא"ז. ☐

4. כשירות המתנדב לנהיגה בתפקיד –

כשירה לנהיגה בתפקיד. ☐

לא כשירה לנהיגה בתפקיד, פירוט הסיבה: ☐

תוקף ההחלטה: עד לתאריך: _____

חתימת הרופא

רופא משטרה בודק (שם + משפחה)