

מרכז רפואי רבין – קמפוס בילינסון
המכון לריפוי בעיסוק

טופס פרטים אישיים בתוכנית אבחון ושיקום נהיגה
אנא השב על כל השאלות שלפניך.

שם: _____

כתובת: _____

טלפון: בית _____ נייד _____ עבודה _____

תאריך לידה: _____ גיל: _____ ת.ז.: _____

שנות השכלה: _____

אבחנה: _____ תאריך קביעת האבחנה: _____

תאר את סיבת ההפניה להערכת כישורי נהיגה: _____

גורם מפנה: _____ קופ"ח _____

האם סבלת מהתקפים אפילפטיים בעבר? כן לא

אם כן, תאריך התקף אחרון: _____

האם הנך סובל מליקויים כלשהם בראייה? כן לא

אם כן, תאר: _____

תאריך בדיקת ראייה אחרונה: _____

משקפיים עדשות רטייה משקפי פריזמה

אופטומטריסט או אופטלמולוג (שם, כתובת וטלפון): _____

האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע? כן לא

אילו תרופות? _____

האם הנך נוטל תרופות כעת? כן לא

איזה: _____

ציין אשפוזים וניתוחים בחמש השנים האחרונות: _____

האם הנך נמצא כעת בטיפול רפואי, שיקומי? כן לא

איזה? _____

היכן? שם המטפל _____



האם בידך רישיון נהיגה תקף? כן לא

רישיון מספר: _____ תאריך בו יפוג תוקף הרישיון: _____

האם יש לך ניסיון קודם בנהיגה? כן לא

מס' שנות ניסיון _____ באם רלוונטי- האם נהגת מאז אתך כן לא

אם כן, משך כמה זמן? _____ האם השתתפת פעם בקורס לנהיגה מונעת? כן לא

היכן? מתי? _____

מהם צרכי הנהיגה שלך? _____

האם היו לך הרשעות, שלילות רשיון, הגבלת נהיגה, קנסות, מעורבות בתאונות בחמשת השנים האחרונות? כן לא

אם ענית בחיוב על השאלה האחרונה, פרט: _____

האם ברשותך רכב? כן לא

הילוכים אוטומטי פרטי מסחרי

מודל _____ שנה _____ אם ברשותך כלי רכב, האם הוא מצויד בעזרים מותאמים? כן לא

פרט: _____

הותקן על ידי: _____ מתי _____



מגורים: לבד עם הורים עם בן זוג זקוק למטפל

מצב תעסוקתי עכשווי: _____

סוג התעסוקה בו הנך מעוניין _____

תאר את מגבלתך המוטורית, אם בכלל: _____

סמן x ליד סוג הציוד בו הנך משתמש:

כסא גלגלים ידני

כסא גלגלים ממונע

סד הליכה קצר ימין שמאל

סד הליכה ארוך ימין שמאל

סד ליד ימין שמאל

במידה והנך משתמש בכסא גלגלים, האם הנך יכול לבצע מעברים מכסא הגלגלים בכוחות עצמך?

סמן את מידת העצמאות בכל תפקוד בעזרת הדירוג הבא:

1 = עצמאי 2 = זקוק לעזרה חלקית 3 = זקוק לעזרה מלאה

לבוש _____ רחצה _____ אכילה _____ בישול _____ משק בית _____

טלפון _____ מעבר למיטה _____ מעבר לשירותים _____ מעבר לרכב _____

הנני מאשר שכל הפרטים שמסרתי הינם נכונים.

על החתום: _____ תאריך _____

במידה והשאלון נשלח בדואר האלקטרוני, נא לחתום להלן:

אני מאשר/ת בזאת את בקשתי לקיים תקשורת באמצעים אלקטרוניים, לרבות לצורך משלוח וקבלת מידע רפואי רגיש. הנני מאשר/ת כי ידוע לי כי תקשורת בדואר אלקטרוני מתקיימת על גבי רשת האינטרנט הציבורית, אשר אינה מאובטחת על ידי הכללית, על כל הכרוך והמשתמע מכך. הנני לאשר כי לא תהיה לי כל טענה ו/או דרישה ו/או תביעה כלפי הכללית בגין חשיפת מידע רגיש או זליגתו לגורמים בלתי מורשים

על החתום: _____ תאריך _____