

## יש למלא את פרטי הנבדק

שם פרטי: \_\_\_\_\_

שם משפחה: \_\_\_\_\_

מספר זהות: \_\_\_\_\_

שלום רב,

לשם סיום הטיפול בתיקך, הנך מתבקש/ת להעביר את הטופס המצ"ב.  
ההצהרה חייבת להינתן בנוכחות עורך דין/ רשם בית משפט השלום.  
יש לענות על כל השאלות בכתב יד ברור וללא מחיקות.

### הצהרה למחלה התקפית (עווית)

אני הח"מ, לאחר שהוזהרתי כי עלי לומר את האמת וכי אחרת אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן מצהיר/ה בזה בכתב כדלקמן:

1. סבלתי \ סובלתי מהפרעות כמו: ערפל הכרה / התעלפות / אבוד הכרה
2. גיל תחילת הבעיה: \_\_\_\_\_
3. תדירות ההתקפים: ימים / שבועות / חודשים / שנים
4. לא היה לי התקף במשך \_\_\_\_\_ שנים.
5. תאריך התקף אחרון: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
6. אני יכול/ה לדעת מתי אני עומד/ת לקבל התקף: כן / לא
7. התקפים מתחרשים רק בלילה / רק ביום / בכל עת
8. אני לא מקבל/ת לא קיבלתי/ קיבלתי בעבר/ מקבל/ת כעת את התרופות הבאות:

שם התרופה	מינון

9. נבדקתי בבדיקת גלי המוח: E.E.G כן / לא (אם כן, נא לצרף את פענוח הבדיקה).  
הערות: \_\_\_\_\_

הרופא המטפל בי כעת: ד"ר \_\_\_\_\_ כתובת המרפאה: \_\_\_\_\_

אני מצהיר בזה שכל הכתוב לעיל תואם את האמת. אני מודע/ת לאפשרות שהרופא המטפל שמצוין בטופס או רופאים מטפלים אחרים יתבקשו למסור עלי מידע נוסף. אם אקבל רישיון נהיגה, אני מתחייב/ת להמשיך להיות תחת השגחה רפואית ולהודיע לרשות הרישוי מיד על כל שינוי במצב בריאותי.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המצהיר/ה: \_\_\_\_\_

הנני מאשר כי ביום \_\_\_\_\_ הופיע בפני עורך דין / רשם בית המשפט \_\_\_\_\_  
במשרדי בכתובת: \_\_\_\_\_ מר/גב' \_\_\_\_\_ שזיהה עצמו ע"י תעודת זהות מס' \_\_\_\_\_  
(המוכר לי באופן אישי), ואחרי שהזהרתי כי עליו להצהיר את האמת וכי יהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה כן, אישר את נכונות ההצהרה הנ"ל וחתם עליה.

תאריך	שם מקבל ההצהרה	חתימת	חותמת

מולא י"ח המכותב

מ"מט"ח ט"ח/ד"ר י"ח אלוט