



בדיקות רפואיות לנבחנים בהצלה

אני הח"מ דר': _____ מאשר(ת) בזאת כי לאחר שזיהיתי את: _____, באמצעות תעודת זהות שמספרה: _____.

ולפי מיטב ידיעתי ולאחר שבדקתי אותו(ה) ושאלתי(ה) על מצב בריאותו(ה), מחלותיו(ה), אשפוזו(ה) והליקויים הגופניים בעבר ובהווה, אין במצבו(ה) הגופני הנפשי והבריאותי, דבר העשוי למנוע ממנו(ה) לשמש כמציל(ה).

חותמת ומס' רישיון	חותמת הרופא
מקום	תאריך

בדיקת ראייה על-ידי רופא עיניים/אופטומטריסט מוסמך

אני הח"מ רופא/ה עיניים/אופטומטריסט: _____ מאשר בזאת כי לאחר שזיהיתי את גב' /מר: _____ לפי תעודת זהות שמספרה: _____ בדקתי* את כושר ראייתו(ה). בדיקת הראייה תתבצע ללא משקפיים או עדשות מגע.

להלן תוצאות הבדיקה:

1. חדות ראייה: עין ימין _____ עין שמאל _____ עומד בדרישות (כן/לא): _____
2. שדה ראייה: מלא _____ לא מלא _____ עומד בדרישות (כן/לא): _____

*הערה: בדיקת הראייה תבוצע אך ורק במכשירים מהסוגים המפורטים להלן או הדומים להם:

היצרן	סוג המכשיר
Keystone	DYSIII
Stereo Optical, Inc.	Optec 2500
Titmus Optical Inc.	Perimeter model T2a-ISR-P

חותמת רופא/ה העיניים/האופטומטריסט: _____ חותמת ומס' רישיון: _____
תאריך: _____ מקום: _____

מקרא:

חדות הראייה - חדות ראייה 6/12 באחת מהעיניים – עומדת בדרישות הרפואיות.
חדות ראייה פחות מ- 6/12 בשתי העיניים - אינה עומדת בדרישות הרפואיות.
שדה הראייה - שדה ראייה לא פחות מ- 120 מעלות בכון אופקי בשתי העיניים יחד – עומד בדרישות הרפואיות.
שדה ראייה פחות מ- 120 מעלות – אינו עומד בדרישות הרפואיות.