****

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) ושאלתיו(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).

חתימת הרופא חותמת ומס' רישיון

 תאריך מקום

============================================================================

בדיקת ראיה 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 הראיה תתבצע ללא משקפיים או עדשות מגע.**

להלן תוצאות הבדיקה:

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

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

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

**חתימת 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 בכוון אופקי בשתי העיניים יחד – **עומד** בדרישות הרפואיות.

 שדה ראייה פחות מ- 120 מעלות – **אינו עומד** בדרישות הרפואיות.

**תוקף אישור זה הינו לחצי שנה, כולל ליום הבחינה.**

**עדכון אחרון ב- 21.11.22**