



- בלמס -

הצהרת בריאות – מרכז גיוס משטרת ישראל

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	שנת לידה	טלפון

הצהרת המועמד לגיוס למשטרת ישראל

(יש למלא את השאלון ולהצהיר על נכונות הפרטים)

1. אתה נוטל / נטלת בעבר תרופות באופן קבוע? **כן / לא**. פרט _____
2. אתה נמצא במעקב רפואי / בירור אצל רופא? **כן / לא**. פרט _____
3. ידוע לך על אלרגיות או רגישויות? **כן / לא**. פרט _____
4. האם אתה סובל מאחת הבעיות הבאות:
 - בעיות ראייה (האם אתה מרכיב משקפיים / עדשות מגע / ניתוח לייזר)? **כן / לא**. פרט _____
 - בעיות שמיעה (ירידה בשמיעה / טנטון / צפצופים) ? **כן / לא**. פרט _____
 - בעיות אורתופדיות? **כן / לא**. פרט _____
 - בעיות במערכת העיכול? **כן / לא**. פרט _____
 - בעיות בדרכי הנשימה (אסטמה)? **כן / לא**. פרט _____
 - סוכרת? **כן / לא**. פרט _____
 - לחצים בחזה במנוחה או במאמץ? **כן / לא**. פרט _____
 - לחץ דם גבוה? **כן / לא**. פרט _____
 - התעלפויות / איבוד הכרה / סחרחורות במאמץ או במנוחה? **כן / לא**. פרט _____
 - בעיות בלב? **כן / לא**. פרט _____
 - בעיות עור? **כן / לא**. פרט _____
5. האם היו לך אשפוזים / ניתוחים 5 שנים האחרונות? **כן / לא**. פרט _____
6. האם היו לך תאונות דרכים / עבודה / חבלות? **כן / לא**. פרט _____
7. האם אתה מטופל או טופלת בעבר אצל פסיכולוג / פסיכיאטר / קבן בצבא / עובדת סוציאלית? **כן / לא**. פרט _____
8. האם אתה נוטל או נטלת בעבר תרופות נגד דיכאון / חרדה? **כן / לא**. פרט _____
9. האם יש ברשותך רישיון לקנאביס רפואי? **כן / לא**. פרט _____
10. האם נקבעו לך אחוזי נכות משרד הביטחון / ביטוח לאומי? **כן / לא**. פרט _____
11. האם יש משהו נוסף שברצונך לציין? **כן / לא**. פרט _____

הנני מצהיר בזאת, כי למיטב ידיעתי, כל האמור לעיל אמת וכי הצהרה זו ניתנת על ידי משטרת ישראל.

ולראייה באתי לחתום

חתימה

תאריך

* המסמך מיועד לנשים ולגברים כאחד למרות היותו מנוסח בלשון זכר.

* על כל שינוי במצב הבריאותי יש להודיע לרפואת מרכז הגיוס משטרת ישראל.

