



צבא ההגנה לישראל
 מדור רפואי
 טלפון: 03-7388888
 מייל: meitav@idf.gov.il

שאלון רפואי למועמד לשירות ביטחון

שם פרטי	שם משפחה	מספר ת.ז.	טלפון בבית
רחוב וישוב	ישיבה	שם האב	טלפון נייד

למרכיבי משקפיים או עדשות מגע יש לצרף בדיקת חדות ראייה ובדיקת קרקעית עין לפי הצורך.
 אבקש למלא את כל הנתונים המופיעים בטבלת חדות ראייה במידה וקיימת מיופיה מעל (-) 4 יש לצרף בדיקת פונדוס.

אחרי תיקון	AX	CYL	SPH	לפני תיקון
				עין ימין
				עין שמאל

בדיקת עיוורון צבעים: _____

תוצאות בדיקת פונדוס: עין ימין _____
 עין שמאל _____

חתימה וחותמת רופא עיניים / אופטומטריסט

מדדים:

גובה	
משקל	
לחץ דם	

חתימה/חותמת קופת חולים

תשומת לב:

מילוי שאלון זה ע"י רופא משפחה, יקצר משמעותית את ההליכים ומשך ההמתנה ביום זה.
 יש לוודא כי חותמת הרופא ברורה עם מס' רישוי ושמו המלא.

מדור רפואי
 לשכת גיוס