

הצהרת בריאות

(מועמדים/ות ללימודי סייעות יצרפו טופס זה לחומר הרישום המוחזר למזכירות הקורס)

מיועד למילוי ע"י הרופא בדיו שאינו שחור

אני החתום(ה) מטה:

שם _____ מס' ת.ז. _____

כתובת _____

מצהיר(ה) ומאשר(ת) בזה כדלהלן:

1. בעבר חליתי במחלות הבאות: _____

2. לא אושפזתי מעודי בבית חולים / אושפזתי בבית חולים* :
 אם אושפזתי: מתאריך _____ עד תאריך _____

מהסיבות הבאות _____

3. קיבלתי / לא קיבלתי תרופה / תרופות במשך תקופה של למעלה משלושה חודשים. אם קיבלתי:
 סוג התרופה/ות: _____ סיבה: _____ בתקופה מ- _____ עד _____

סוג התרופה/ות: _____ סיבה: _____ בתקופה מ- _____ עד _____

4. אינני נמצא(ת) בעת מתן הצהרה זו בטיפול רפואי / אני נמצא(ת) בטיפול רפואי של**

מהסיבות הבאות: _____

5. למיטב ידיעתי, מצב בריאותי בעת חתימת הצהרה זו תקין לחלוטין ואינני חולה בכל מחלה שהיא / אני לוקה במחלות הבאות** :

אני מצהיר(ה) ומאשר(ת) בזה כי הפרטים הנ"ל הם הפרטים המדויקים, המלאים והנכונים ביחס למצב בריאותי בעבר ובהווה. ולראיה באתי על החתום

תאריך _____ חתימת המועמד/ת _____

מיועד למילוי ע"י המועמד/ת בדיו שאינו שחור

הנני מאשר(ת) כי מצב בריאותו של _____ (שם ושם משפחה) תקין לחלוטין ואינו חולה במחלה מוגדרת : מחלת נפש, מחלה שעשויה לסכן בריאותם של אנשים אחרים, מחלה או כושר לקוי העלולים לשלול ממועמד או מתלמיד את היכולת לעסוק בבוא העת במקצועות רפואיים.

חותמת הרופא(ה) המאשר(ת) _____ תאריך _____ חתימת הרופא(ה) המאשר(ת) _____

* נא למחוק את המיותר: אם אושפז יותר מפעם אחת, נא לצרף להצהרה זו מסמך נוסף ובו פרטי אשפוזים אלה (שם ביה"ח, מועדי אישפוז וסיבותיו)

** נא למחוק את המיותר

*** להוסיף לאמור לעיל: באם הינך אובחנת כלוקה בליקויי למידה, אבקשך לצרף את האבחון לחומר ההרשמה. באם תקבל/י, אבחון זה יכול להקל עלייך במהלך שנת הלימודים.