

הצהרת בריאות למועמדים ללימודים בבית הספר למדעי הבריאות

(המחלקה ל_____)

על המתקבלים למדעי הבריאות למחלקה ל_____ לשלוח למזכירות המחלקה טופס "הצהרת בריאות" ממולא וחתום כדן ע"י המתקבל והרופא.

אני החתום/ה מטה:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת"ז: _____

כתובת: _____ (רחוב, ת.ד. עיר) טלפון נייד: _____
מזהיר/ה, מאשר/ת ומתחייב/ת בזה כדלקמן: (נא לסמן במקום המתאים)

1. אינני סובלת/ולא סבלתי מעולם ממחלה, לרבות מחלת נפש, העלולה לסכן את בריאות הציבור שבטיפול או ממחלה או מכושר לקוי העלולים לשלול ממני את היכולת לבצע את ההתנסות הקלינית לחלוטין, זמנית, או חלקית.
אם כן, נא פרטי/י _____
2. הנני מתחייב/ת לייזע את מזכירות המחלקה מיד עם היוודע לי על כל שינוי בהצהרותי הנ"ל.
3. הנני מודעת/ת כי על אף בעיותי/מגבלותי הרפואיות הנ"ל (אם וככל שישנן) יהיה עלי לעמוד בכל דרישות המחלקה והלימודים ובכלל זה תרגול מעשי בכיתה, פעילות מלאה ועמידה בכל הדרישות והמטלות בלימודים הקליניים¹.
4. הנני מאשר/ת כי ידוע לי שחלה עלי חובת חיסונים עפ"י הנחיות משרד הבריאות לפני תחילת התנסויות קליניות.

הצהרה: הנני מצהיר/ה ומאשר/ת בזה כי הפרטים הנ"ל הם פרטים מדויקים, מלאים ונכונים ביחס למצב בריאותי בעבר ובהווה וידוע לי, כי מחובתי לדווח למחלקה על כל שינוי במצבי הרפואי (פיזי ו/או נפשי) במהלך הלימודים. ידוע לי כי הצהרה כוזבת, לרבות, אי דיוק כלשהו בהצהרת בריאות זו מהווה הפרה של תנאי הלימודים במחלקה וכי האוניברסיטה תהיה רשאית לנקוט במקרה כזה בכל צעד שתמצא לנכון, לרבות אך לא רק הפסקת לימודי לאלתר. ידוע לי, והנני נותן לכך את הסכמתי בזאת, כי ככל שיידרש, המחלקה תעביר את המידע הרפואי למקומות ההכשרה הקלינית.

לידיעתך, בסיום הלימודים, בעת הגשת בקשה לרישיון לעסוק במקצוע על פי "חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות", יתבקש ממך להצהיר בפני משרד הבריאות אם הנך סובלת/ת בהווה או בעבר ממחלה העלולה לסכן את בריאות הציבור שבטיפול או ממחלה או כושר לקוי העלולים לשלול ממך את היכולת לעסוק במקצוע לחלוטין, זמנית או חלקית.

ולראיה באתי על החתום להלן:

תאריך: _____

חתימה: _____

¹ ככל שהנני סובל מבעיה או מגבלה בריאותית שיש בה כדי לפגוע ביכולתי לעמוד בדרישות התואר, ידוע לי כי באפשרותי לפנות למרכז שירות לסטודנט באוניברסיטה בדבר ההתאמות אליהן ייתכן ואהיה זכאי על פי דין.

אישור רופא משפחה

הנני מאשר כי _____ אינו סובל ומעולם לא סבל ממחלה, לרבות מחלת נפש, העלולה לסכן את בריאות הציבור שבטיפולו או ממחלה או מכושר לקוי העלולים לשלול ממנו את היכולת לבצע את ההתנסות הקלינית לחלוטין, זמנית, או חלקית במסגרת לימודיו האקדמיים במחלקה ל_____.

שם הרופא: _____ חתימה: _____ תאריך: _____