

הצהרת בריאות

הנך נדרש/ת להחתים רופא משפחה

חובה למלא טופס זה ולחתום עליו גם אם חתימת הרופא היא בטופס נלווה.

אני החתום/ה מטה: מס' טלפון (עדיפות לסלולרי) _____

שם משפחה _____ פרטי _____ ת.ז. _____

כתובת _____

מצהיר/ה ומאשר/ת בזה כדלקמן:

1. בעבר חליתי במחלות הבאות: _____
2. לא אושפזתי מעודי בבית החולים / אושפזתי בבית החולים: *
אם אושפזתי: מתאריך _____ עד תאריך _____
מהסיבות הבאות _____
3. **לא קיבלתי/קיבלתי** תרופה/תרופות** במשך תקופה של למעלה משלושה חודשים.
אם קבלתי
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. אין לי/יש לי** נכות או מגבלה גופנית או מגבלה תפקודית. אם יש נא לפרט: _____
6. למיטב ידיעתי **מצב בריאותי בעת חתימת הצהרה זו תקין לחלוטין** ואינני חולה בכל מחלה שהיא / אני לוקה במחלות הבאות: ** _____
7. **הריני מצהיר/ה בזה כי אינני סובל/ת ולא סבלתי מעולם ממחלת נפש העלולה לסכן את בריאות הציבור שבטיפול או העלולה לשלול ממני את היכולת לעסוק בסיעוד לחלוטין, זמנית או חלקית.**

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

אחת החתימות, של המועמד או של הרופא להלן- הטופס נחשב חסר)

תאריך _____ חתימת המועמד/ת _____

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 לשלו ממועמד או מתלמיד את היכולת לעסוק בבוא העת במקצועות רפואיים:

חותמת הרופא/ה המאשר/ת _____ תאריך _____ חתימת הרופא/ה מאשר/ת _____

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

** נא למחוק את המיותר.