



הצהרת בריאות וכשירות

מועמדים ללימודים בחוג לסייעוד של המכללה האקדמית עמק יזרעאל
ע"ש מקס שטרן (להלן: "המכללה האקדמית")

מבוא- הסבר למועמד

כמועמד ללימודי סיעוד על המכללה לוודא כי הנך כשיר לתת טיפול בטוח לחולה. הנך נדרש למלא הצהרה זו שמטרתה למפות קשיים בריאותיים מתוקף תקנות בריאות העם לעוסקים בסיעוד ובמקצועות פרה-רפואיים, ועל מנת לאפשר לנו לסייע ולתת מענה הולם.

למען הסר ספק, המידע המובא בהצהרה זו הוא לשימוש המכללה עבור המטרות האמורות לעיל בלבד ולא ישמש לשום מטרה אחרת ובמסגרת זאת לא יועבר לשום גורם אחר, שאינו מוסמך לקבלו לצורך אחת המטרות האמורות לעיל, אלא בהסכמת המועמד ועל דעתו.

נוסח ההצהרה - למילוי ע"י המועמד/ת

אני החתום/ה מטה:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

ת.ז: _____ כתובת: _____

מספר טלפון: _____

מצהירה, מאשר/ת ומתחייב/ת בזה כדלקמן (נא לסמן במקום המתאים):

1. למיטב ידיעתי, מצב בריאותי בעת חתימת הצהרה זו תקין ואינני חולה בכל מחלה שהיא לרבות, מוגבלות ו/או ליקוי גופני ו/או נפשי (להלן: "מחלה").

אני חולה במחלה/ות הבאה/ות, אנא פרטי: _____

2. בעבר חליתי במחלה/ות הבאה/ות, אנא פרטי: _____

3. אינני מקבל/ת בעת מתן הצהרה זו טיפול רפואי ו/או נפשי

אני מקבל/ת בעת מתן הצהרה זו טיפול רפואי ו/או נפשי עקב הסיבות הבאות: _____



4. □ לא אושפזתי בשנה האחרונה בבית חולים מסיבה כלשהי.

□ אושפזתי בבית חולים בשנה האחרונה מתאריך _____ עד תאריך _____
מהסיבות הבאות: _____

5. □ אין לי לקות למידה/ הפרעת קשב אשר בגללן נזקקתי בעבר להתייחסות מיוחדת בלימודים או במהלך בחינות.

□ יש לי לקות למידה/ הפרעת קשב כדלקמן: _____ ובגינן נזקקתי
להקלות להלן: _____

6. **במידה ויש לך לקות למידה/ הפרעת קשב בגינה אתה מבקש הכרה (כאמור בסעיף 5 לעיל):**
(יש לחתום על ההצהרה רק במידה והנך מבקש הכרה בלקות למידה וסומנה האפשרות השנייה
בסעיף 5)

**הכרה באבחון כלשהו, אין פרושה הכרה אוטומטית בהמלצותיו, אשר לגביהן יופעל שיקול
דעת נפרד של הגורמים המקצועיים במכללה בלבד.
עוד ידוע לי כי במקרה שהמכללה תכיר בלקות הלמידה ו/או הפרעת הקשב ייתכן ואהיה זכאי
לתוספת זמן של עד 25% בזמן בבחינות בתחום הסייעוד בלבד. ביתר הבחינות אהיה זכאי
להארכת זמן רק על פי המלצת דיקאנט הסטודנטים.**

כמו כן, ידוע לי כי על פי נוהל מס' 03237110 – הארכת זמן בבחינות רישום של מינהל הסייעוד מטעם
משרד הבריאות (הבחינה הממשלתית לקבלת תעודת אח/ות מוסמכ/ת):

"בסוגי הפרעות המעוררים ספק באשר ליכולתה של האחות למלא את תפקידה המקצועי כנדרש
ובהתאם לשיקול דעתה של ראש מנהל הסייעוד והאחות הראשית הארצית, יופנה המועמד לוועדה
רפואית לברור כשירותו לעסוק בסייעוד. במקרים אלו, יהנה המועמד מהארכת זמן של 25% בבחינה,
אולם תעודת הרישום תינתן רק לאחר קבלת חוות הדעת של הוועדה הרפואית על כשירות המועמד
לעסוק בסייעוד".

לפיכך, ברור לי כי בקשה להארכת זמן של 25% בבחינות הרישוי בסוף שנה ד', בזיקה להארכות הזמן
להן הייתי זכאי במהלך לימודיי, ייתכן ותוביל לכך שאזמן לוועדה רפואית כאמור לעיל.

תאריך: _____ חתימה: _____



7. □ לא למדתי בעבר בחוג/ בית ספר לסייעוד

□ למדתי בעבר בחוג/ בית ספר ולימודי הופסקו מכל סיבה שהיא. אני נותן לכם רשותי באמצעות החתימה על **נספח א'** (כתב ויתור על סודיות) לפנות למוסד האקדמי בו למדתי לצורך קבלת מידע נדרש על ידכם הנוגע ללימודי ו/או הפסקתם באותו מוסד.

ברור לי כי במידה ויתברר בתהליך המיון כי למדתי בעבר בחוג או בית ספר לסייעוד ולימודי הופסקו מכל סיבה שהיא ולא הצהרתי על כך, יופסק תהליך המיון לאלתר ובקשתי להתקבל תידחה. היה והדבר יתגלה במהלך הלימודים יחול האמור בסעיף 8 להלן.

8. אני מתחייבת/ת כי אם יחולו שינויים בתוכן הצהרותי אלה, אודיע על כך לאלתר למכללה האקדמית. אני מצהירה ומאשר/ת בזה כי הפרטים הנ"ל הם הפרטים המדויקים, המלאים והנכונים למיטב ידיעתי ביחס למצב בריאותי/ מצב לקויות הלמידה/הפרעות הקשב שלי בעבר ובהווה. **ידוע לי כי הצהרה כוזבת, לרבות אי דיוק כלשהו בהצהרה זו, מהווה הפרה של תנאי הלימודים בחוג לסייעוד במכללה האקדמית. במקרה זה המכללה האקדמית תהא רשאית לנקוט בכל צעד שתמצא לנכון, לרבות, אך לא רק, הפסקת הלימודים לאלתר. כמו כן, ידוע לי שהצהרה כוזבת כאמור תהווה גם עבירת משמעת על כל המשמעויות הכרוכות בכך בהתאם לס' 5.7 ו-5.10 לתקנון משמעת סטודנטים.**

ולראיה באתי על החתום להלן:

תאריך: _____ חתימה: _____



אישור רפואי (מהרופא המטפל)

אני מאשר/ת בזה כי מר/גב' _____ ת.ז. _____

המועמד/ת ללימודים בחוג לסייעוד במכללה האקדמית עמק יזרעאל (להלן: "המכללה האקדמית")

סובל ממחלה מסכנת.

איננו סובל ממחלה מסכנת.

הסבר בדבר מחלה " מסכנת":

מחלה מסכנת לפי תקנות בריאות העם (צוות סיעודי במרפאות) התשמ"א – 1981 ותקנות בריאות העם (עוסקים בסייעוד בבתי החולים) התשמ"ט - 1988, אחד מן המצבים המפורשים כדלקמן:

1. מחלת נפש.

2. מחלה העשויה לסכן בריאות בני אדם שבטיפולו של מורשה לעסוק בסייעוד.

3. מחלה או כושר לקוי, העשוי לשלול מהמועמד את היכולת לעסוק בסייעוד או בילוד, לפי העניין, לחלוטין, באופן זמני או באופן חלקי.

הערות:

חתימת הרופא

שם הרופא

מס' רישיון רופא

תאריך

כתובת וטלפון בעבודה:



כתב הוראות ויתור על סודיות רפואית

אני החתום/ה מטה:

שם: _____ מס' ת.ז. _____

כתובת: _____

מבקש(ת) בזה למסור להנהלת החוג לסייעוד במכללה האקדמית עמק יזרעאל ע"ש מקס שטרן ו/או לכל מי שמונה על ידה לעניין זה (להלן "המורשים"), כל מידע שיבקשו ביחס למצב בריאותי, הן לפני חתימת מסמך זה והן משך התקופה שמיום חתימת מסמך זה ועד לסיום לימודי בחוג לסייעוד (להלן "התקופה הקובעת"), לרבות - אך מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל - כל מידע ביחס למחלות ופגיעות גופניות ו/או נפשיות, אשפוזים, טיפולים, חוות דעת רפואיות וכל כיו"ב.

בחתימתי על מסמך זה, אני פוטר(ת) מפורשות כל מי שימסור למורשים מידע רפואי כאמור לעיל, מחובת הסודיות החלה, או זו שתחול עליו על פי דין, הסכם ו/או נוהג ומאשר(ת) ומצהיר(ה) כי לא תהיינה לי כל טענות ו/או תביעות כלפי מי שימסור מידע כאמור למורשים במהלך התקופה הקובעת.

כתב הוראות ויתור זה יהא בר-תוקף כלפי כל גורם שבידיו מצוי, בעת חתימתו, או שיומצא במהלך התקופה הקובעת, מידע רפואי בהתייחס אלי, לרבות - אך מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל - משרד הבריאות, משרד הביטחון ושלטונות צה"ל, קופות החולים, בתי החולים, רופאים וכיו"ב.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך: _____ חתימה: _____