

**טופס "הצהרת בריאות" למתקבלים לחוג לפיזיותרפיה**

על המתקבלים לחוג לפיזיותרפיה לשלוח למזכירות החוג טופס "הצהרת בריאות" ממולא וחתום כדין ע"י המתקבל וע"י רופא/ה משפחה מטפל. יש לשלוח לחוג מקור בלבד.

**למילוי ע"י המתקבל:**

אני החתום/ה מטה:

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ (רחוב, ת.ד. עיר) טלפון: \_\_\_\_\_

מצהירה/ה ומאשר/ת בזה כדלקמן:

1. למיטב ידיעתי מצב בריאותי בעת חתימת הצהרה זו תקין לחלוטין ואיני חולה בכל מחלה שהיא לרבות מוגבלות ו/או ליקוי גופני ו/או נפשי **נכון / לא נכון**  
אם לא נכון, פרט: \_\_\_\_\_
2. אינני נמצאת/ת בעת מתן הצהרה זו בטיפול/מעקב רפואי ו/או איני נוטל תרופות באופן קבוע **נכון / לא נכון**  
אם כן, נא פרט: \_\_\_\_\_
3. בעבר לא סבלתי ממחלות/מגבלות **נכון / לא נכון**  
אם כן, נא פרט: \_\_\_\_\_
4. בעבר לא אושפזתי בבית חולים **נכון / לא נכון**  
אם כן, נא פרט: \_\_\_\_\_
5. אינני סובלת/ת ולא סבלתי מעולם ממחלת נפש **נכון / לא נכון**  
אם כן, נא פרט: \_\_\_\_\_
6. אינני סובלת/ת ולא סבלתי מעולם ממחלה העלולה לסכן את בריאות הציבור שבטיפול או ממחלה או מכושר לקוי העלולים לשלול ממני את היכולת לבצע ההתנסות הקלינית לחלוטין, זמנית, או חלקית: **נכון / לא נכון**  
אם כן, נא פרט: \_\_\_\_\_
7. אני מתחייב לידע את מזכירות החוג מיד עם היוודע לי על כל שינוי בהצהרותיה הנ"ל.
8. הנני מודע כי על אף בעיותי/מגבלותי הרפואיות הנ"ל (אם וככל שישנן) יהיה עלי לעמוד בכל דרישות החוג והלימודים ובכלל זה תרגול מעשי בכיתה, פעילות מלאה ועמידה בכל הדרישות והמטלות בלימודים הקליניים.

אני מצהיר ומאשר בזה כי הפרטים הנ"ל הם פרטים מדויקים, מלאים ונכונים ביחס למצב בריאותי בעבר ובהווה וידוע לי, כי מחובתי לדווח לחוג, 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 בחוג וכי האוניברסיטה תהיה רשאית לנקוט במקרה כזה בכל צעד שתמצא לנכון, לרבות אך לא רק הפסקת לימודי לאלתר.

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

ולראיה באתי על החתום:

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המתקבל/ת \_\_\_\_\_

**למילוי ע"י הרופא/ה משפחה מטפל:**

הנני מאשר כי מצב בריאותו של המועמד תקין לחלוטין והינו מסוגל ללמוד פיזיותרפיה, לרבות ביצוע תרגול מעשי במסגרת הלימודים ולטפל במטופלים בהתנסויות הקליניות, וכן שאינו בעל כושר לקוי ואינו חולה במחלת נפש או מחלה העשויה לסכן את בריאותם של אחרים.

חתימת רופא/ה משפחה מטפל המאשר/ת

תאריך

חותמת רופא/ה משפחה מטפל המאשר/ת