אוגוסט 2022

<u>טופס "הצהרת בריאות" למתקבלים לחוג לריפוי בעיסוק</u>

<u>לידיעתך</u> בסיום הלימודים, בעת הגשת בקשה לרישיון לעסוק במקצוע, על פי "חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות" יתבקש ממך להצהיר בפני משרד הבריאות אם הינך סובל/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.

בהתאם לכך ולאור הדרישה לביצוע ימי למידה והכשרה מעשית במסגרת התואר שבהם בא הסטודנט במגע עם ציבור האנשים צורכי שירות (במקומות אליהם ישובץ הסטודנט בימי למידה ובהכשרות מעשיות), על המתקבלים לחוג לריפוי בעיסוק למלא טופס "הצהרת בריאות" ולהביאו למזכירות החוג **כשהוא חתום בחתימה מקורית של הסטודנט והרופא המטפל**. <u>נא **לא** לשלוח את ההצהרה במייל או בפקס</u>

<u>המידע המופיע בטופס ישמש את החוג ולא יועבר לגורמים מחוץ לאוניברסיטה.</u>

<u>למילוי ע"י המתקבל:</u>

אני החתום/ה מטה:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מס' ת.ז. _____

כתובת: _____ (רחוב, ת.ד. עיר) טלפון:_____

מצהיר/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 נמצא/ת בעת מתן הצהרה זו בטיפול/מעקב רפואי ו/או איני נוטל תרופות באופן קבוע **נכון / לא נכון**

אם כן, נא פרט: _____

3. אינני סובל/ת ולא סבלתי מעולם ממחלה העלולה לסכן את בריאות הציבור שבטיפולי או ממחלה או מכושר לקוי העלולים לשלול ממני את היכולת לבצע ההתנסות הקלינית באופן מלא או חלקי: **נכון / לא נכון**

אם כן, נא פרט:

_____

4. אני מתחייב ליידע את מזכירות החוג מיד עם היוודע לי על כל שינוי בהצהרתי הנ"ל.

5. ידוע לי כי הלימודים בחוג כרוכים במאמץ פיזי ונפשי וכי אני נדרש לעמוד בכל דרישות החוג והלימודים ובכלל זה תרגול מעשי בכיתה, פעילות מלאה ועמידה בכל הדרישות והמטלות בהכשרות המעשיות. עוד ידוע לי, כי מקומות ההכשרה המעשית אינם ברשות האוניברסיטה וכי אין האוניברסיטה אחראית על הנגשתם.
אני מצהיר ומאשר בזה כי הפרטים הנ"ל ביחס למצב בריאותי מדויקים, מלאים ונכונים. ידוע לי כי מתן מידע כוזב או חסר מהווה הפרה של תנאי הלימודים בחוג ועלול לגרום להפסקת לימודי.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך _____ חתימת המתקבל/ת _____

<u>למילוי ע"י הרופא/ה:</u>

אני מאשר כי מצב בריאותו של המתקבל תקין וכי הוא מסוגל ללמוד ריפוי בעיסוק, לרבות ביצוע תרגול מעשי במסגרת הלימודים ולטפל במטופלים בהכשרות המעשיות, וכן שאינו מתמודד עם לקות פיזית או נפשית העלולה לסכן את בריאותם של אחרים.

_____ _____ _____

חותמת הרופא/ה המאשר/ת | תאריך | חתימת הרופא המאשר/ת