

הצהרת בריאות

אני החתום(ה) מטה:

שם _____ מס' ת.ז. _____ כתובת _____

מצהיר(ה) ומאשר(ת) בזה כדלהלן:

1. בעבר חליתי במחלות הבאות: _____

2. אושפזתי בעבר בבית חולים: כן / לא *

אם אושפזתי: מתאריך _____ עד תאריך _____

מהסיבות הבאות: _____

3. בעת מתן ההצהרה זו אני נמצא(ת) בטיפול רפואי: כן / לא, אם כן, ציין/י בטיפול מי.

מהסיבות הבאות:

4. למיטב ידיעתי, מצב בריאותי בעת חתימת ההצהרה זו תקין לחלוטין ואיני חולה בכל מחלה שהיא / אני לוקה במחלות

הבאות: _____

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

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 לשלול ממועמד או מתלמיד את היכולת לעסוק בבוא העת במקצועות רפואיים.

חתימת הרופא(ה) המאשר(ת)

תאריך

חותמת הרופא(ה) המאשר(ת)

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

למועמדי החוג לאופטומטריה בלבד:

הנני מאשר/ת שבעין אחת לפחות הראייה המתוקנת היא 6/12 (0.5) או יותר.

חתימת האופטומטריסט

תאריך

חותמת האופטומטריסט

מיועד למילוי על ידי המועמד(ת)

למילוי ע"י הרופא