

מועמדים לחוגים: אופטומטריה, ביוטכנולוגיה, מעבדה רפואית הפרעות בתקשורת מתבקשים למלא את הצהרת הבריאות שלהלן.

הצהרת בריאות

אני החתום(ה) מטה:

שם _____ מס' ת.ז. _____

כתובת _____

מצהיר(ה) ומאשר(ת) **בזה כדלהלן:**

1. בעבר חליתי במחלות הבאות: _____
 2. לא אושפזתי מעודי בבית חולים / אושפזתי בבית חולים: *
אם אושפזתי: מתאריך _____ עד תאריך _____
מהסיבות הבאות _____
 3. אינני נמצא(ת) בעת מתן הצהרה זו בטיפול רפואי / אני נמצא(ת) בטיפול רפואי של: **

 - מהסיבות הבאות: _____
 4. למיטב ידיעתי, מצב בריאותי בעת חתימת הצהרה זו תקין לחלוטין ואינני 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) _____

מיועד למילוי על ידי 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.

חותמת הרופא(ה) המאשר(ת) _____ תאריך _____ חתימת הרופא(ה) המאשר(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. נא להפוך במידת הצורך, לפי ההנחיות בסעיף ב' לעיל.

למועמדי החוג לאופטומטריה בלבד:

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

חותמת האופטומטריסט _____ תאריך _____ חתימת האופטומטריסט _____

מיועד למילוי על ידי הרופא(ה)