**אישור רפואי והצהרה – מועמד ללימודים**

**חלק א' – אישור רופא**

אל המכללה האקדמית בווינגייט

אני הח"מ ד"ר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ העובד ב: (כתובת פרטית או כתובת המוסד) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, אני החתום מטה רופא מומחה בתחום\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*מאשר בזה כי אני מכיר את מר / גב' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת. זהות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שכתובתו/ה היא \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מיום \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ולפי מיטב ידיעתי, לאחר ששאלתיו/ה על מצב בריאותו/ה, מחלותיו/ה אשפוזו/ה וליקוייו/ה הגופניים בעבר ובהווה, ולפי מיטב הבדיקות שערכתי כדלקמן:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מאשר כי אין **במצבו/ה הגופני או הנפשי**, של \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_אין דבר העלול למנוע ממנו/ה ללמוד במוסד להכשרת מורים לחינוך גופני ולהשתתף בפעילות גופנית מאומצת וללמוד הוראה לגילאי הגן, בית ספר יסודי, חטיבת ביניים ובית ספר תיכון, כולל הכשרה מעשית במוסדות אלו. כמו כן הנני מאשר כי אין במצבו/ה הנפשי או הגופני מצב העלול למנוע ממנו/ה לעסוק בהוראה בכל שלבי החינוך.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| שם הרופא: |  | חתימה: |  |
|  |  |  |  |
| תאריך: |  | חותמת: |  |

\*\* אישור רפואי חתום ע"י רופא מומחה נדרש בעקבות בעיות אורתופדיות, נפשיות, נוירולוגיות ו/או אחרות קיימות. במצב זה אישור מרופא משפחה אינו מספק ויש להציג את האישור שלעיל חתום ע"י רופא מומחה ,כולל פירוט מהרופא המומחה לתחום הנבדק. במידה ועבר הסטודנט/ית ניתוח/ים או אושפז בבית חולים בגין הבעיה יש להצהיר על כך.

במידה והמועמדת הנה בהריון, יש לעדכן ולמסור על כך לרופא ולהציג אישור רופא ספציפי לפיו אין מניעה להשתתף במבדקים המעשיים למועמדים וכן הצהרת מועמדת בהריון.

מועמדת בהריון שהתקבלה ללימודים תידרש להמציא אישור רפואי ספציפי להשתתפות בקורסים מעשיים עפ"י נהלי המכללה.

**חלק ב' - הצהרה**

אני הח"מ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת. זהות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שכתובתי היא \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מצהיר/ה בזה:

א. כי הודעתי לרופא ד"ר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ על כל מחלותי בעבר ובהווה, וכי מסרתי לו את כל הפרטים שביקש ממני, "לרבות לגבי מצבי הגופני והנפשי " וכי השיבותי תשובות מלאות ונכונות על כל השאלות ששאל, וכי הודעתי לו על כל מחלותי בעבר ובהווה ועל אשפוזי בעבר ובהווה, ומתחייב להודיע על שינוי שיחול על מצבי הבריאותי.

ב. ידוע לי, שאין באישור זה וגם לא בקבלתי ללמוד במוסד להכשרת מורים כדי לחייב את משרד החינוך והתרבות להעסיקני עם תום לימודיי ובכל זמן לאחר מכן, וכי לשם קבלת עבודה בהוראה אצטרך לעבור בדיקות רפואיות לפי הנוהל למועמדים לשירות המדינה ,והן שתקבענה, נוסף לנתונים אחרים את כושרי ואת קבלתי לעבודה זו.

ג. ידוע לי כי פוליסת תאונות אישיות הקיימת במכללה אינה מכסה כל נכות שהייתה קיימת לפני תחילת תוקף ביטוח זה פוליסה זו אינה מכסה כל החמרה בנכות או באי כושר עבודה שהיו קיימים לפני תחילת ביטוח בגין תאונה או מחלה הנובעת במישרין או בעקיפין ממחלה או נכות שהיו קיימים לפני אותה תאונה או מחלה.

# תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# שאלון עבר רפואי למועמדים חדשים

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **מספר תעודה מזהה** | **סוג תעודה** | תאריך מילוי |  |
|  | סוג תעודה | ‏תאריך |  |
| **שם משפחה** | **שם פרטי** | **מין** | **גיל** |
|  |  |  |  |

1. **מצב בריאותי:**

האם את/ה סובל/ת מן התחומים שלהלן ?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | במנוחה | | במאמץ | |
| 1. | חולשה ועייפות |  |  |  |  |
| 2. | סחרחורת |  |  |  |  |
| 3. | קוצר נשימה |  |  |  |  |
| 4. | כאבים בחזה |  |  |  |  |
| 5. | כאבי ראש |  |  |  |  |
| 6. | כאבי גב |  |  |  |  |
| 7. | כאבי מפרקים |  |  |  |  |
| 8. | אחר:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |

1. **כיצד תגדיר/י את מצבך הבריאותי הכללי כיום?** טוב מאוד

1. **עבר רפואי:**

סמן/סמני X אם הינך בריא/ה! מלא/י את הפרטים אם הנך סובל/ת או סבלת מהמחלות שלהלן:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | שם המחלה | בריא | סובל או סבלתי בעבר | | באיזו שנה |
| האבחנה המדויקת | הטיפול שקיבלת |
|  | איבוד הכרה |  |  |  |  |
|  | יתר לחץ דם |  |  |  |  |
|  | שומנים בדם (טריגליצרידים, כולסטרול) |  |  |  |  |
|  | סכרת |  |  |  |  |
|  | מחלת לב |  |  |  |  |
|  | הפרעות בדרכי הנשימה |  |  |  |  |
|  | אלרגיה |  |  |  |  |
|  | הפרעות בדרכי העיכול |  |  |  |  |
|  | הפרעות בכליה ובדרכי השתן |  |  |  |  |
|  | בקע מפשעתי (שבר) |  |  |  |  |
|  | מחלות מפרקים |  |  |  |  |
|  | כאבי גב |  |  |  |  |
|  | שיתוק ילדים |  |  |  |  |
|  | נכות |  |  |  |  |
|  | אפילפסיה (מחלת הנפילה) |  |  |  |  |
|  | מגרנות |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | שם המחלה | בריא | סובל או סבלתי בעבר | | באיזו שנה |
| האבחנה המדויקת | הטיפול שקיבלת |
|  | צהבת |  |  |  |  |
|  | מחלה ממארת |  |  |  |  |
|  | מחלות עור |  |  |  |  |
|  | מחלות זיהומיות |  |  |  |  |
|  | אשפוז |  |  |  |  |
|  | ניתוח |  |  |  |  |
|  | אוושה/רשרוש |  |  |  |  |
|  | בעיות לב במשפחה |  |  |  |  |
|  | פגיעת ראש |  |  |  |  |
|  | אחר ציין שם: |  |  |  |  |

1. **שברים:** 
   1. לא
   2. כן, מיקום: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_בשנת:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      מיקום:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ בשנת:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **פגיעות אחרות (חבלות, תאונות, נקעים, כוויות וכו:)**
   1. לא
   2. כן, פרט/י: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ פרט/י:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ פרט/י:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **צריכת תרופות באופן קבוע?** 
   1. לא.
   2. כן, שם התרופה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ המינון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם התרופה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ המינון:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם התרופה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ המינון:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **רגישות לתרופות?** 
   1. לא.
   2. כן, רגישות ל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **עישון סיגריות:** 
   1. האם את/ה מעשן/נת ? כן / לא
   2. העם עישנת בעבר ? כן / לא
   3. מתי הפסקת לעשן? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **חיסונים:** 
   1. מתי חוסנת לאחרונה נגד טטנוס? בשנת:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   2. האם חוסנת נגד הפיטיטיס B (צהבת)? כן בשנת:\_\_\_\_ \_\_\_\_ לא
   3. חיסון אחר:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ בשנת:\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. **פרט/י האם סבלת מבעיות בריאות אחרות שהגבילו אותך בעבר:  
   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **אם לא גויסת לצה"ל מסיבות רפואיות או אם שוחררת מצה"ל עקב סיבות רפואיות, אנא פרט/י:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **מידע ביטוחי:**

ידוע לי כי פוליסת תאונות אישיות הקיימת במכללה אינה מכסה כל נכות שהייתה קיימת לפני תחילת תוקף ביטוח זה. פוליסה זו אינה מכסה כל החמרה בנכות או באי כושר עבודה שהיו קיימים לפני תחילת תוקף ביטוח זה בגין תאונה או מחלה הנובעת במישרין ו/או בעקיפין ממחלה או נכות שהיו קיימים לפני אותה תאונה או מחלה.

**אני מצהיר/ה בזאת שהפרטים והמידע שמסרתי הם נכונים ומתחייב/ת להודיע בכתב למכללה על כל שינוי במצב בריאותי.**

**חתימת המועמד:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**