

תאריך _____

לכבוד
הנהלת ביה"ס לסיעוד

אישור רפואי

אני מאשר/ת בזה כי המועמד/ת (להלן "המועמד") לביה"ס לסיעוד

ת"ז _____ איננו סובל ממחלה מסוכנת.

הסבר בדבר מחלה "מסכנת":

מחלה מסכנת לפי תקנות בריאות העם (צוות סיעודי מרפאות) התשמ"א - 1981 אחד מן המצבים המפורשים כדלקמן:

- (1) מחלת נפש.
- (2) מחלה העשויה לסכן בריאות בני אדם שבטיפולו של מורשה לעסוק בסיעוד.
- (3) מחלה או כושר לקוי, העשוי לשלול מהמועמד/ת את היכולת לעסוק בסיעוד לחלוטין, זמנית או חלקית.

ה ע ר ו ת _____

חותמת וחתימת הרופא *

מספר הרישיון



**המרכז הרפואי
הלל יפה**

ביה"ס האקדמי לסיעוד ע"ש פט מתאוס
התוכנית הכללית הןון לסיעוד
אוניברסיטת תל-אביב

Pat Matthews Academic School of Nursing
Hillel Yaffe Medical Center, Hadera, Israel
P.O.BOX 169, HADERA 38100, ISRAEL | Tel. +972-4-6304367/8 | FAX. +972-4-6304730 | 04-6304730. פקס.



בית הספר האקדמי לסיעוד ע"ש פט מתאוס
המרכז הרפואי הלל יפה חדרה
ת.ד. 169, חדרה 38100 | טל. 04-6304367/8 | פקס. 04-6304730 | 04-6304730
<http://hy.health.gov.il>