



## הצהרת בריאות למוסד אקדמי

פרטים אישיים:

שם מלא \_\_\_\_\_

תאריך לידה \_\_\_\_\_

תעודת זהות \_\_\_\_\_

טלפון \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

1. האם אתה/את נוטל/ת תרופות באופן קבוע?

לא / כן (אם כן, אנא פרטי: סוג התרופה ומטרת השימוש)

---

---

2. האם עברת הליך רפואי מורכב או אישפוז?

לא / כן (אם כן, אנא פרטי)

---

3. האם אתה/את נוטל/ת תרופות פסיכיאטריות?

לא / כן (אם כן, אנא פרטי: שם התרופה, תדירות השימוש, וסיבת הנטילה)

---

4. האם אובחנת בעבר או מאובחן/ת כיום עם הפרעה פסיכיאטרית או נפשית?

לא / כן (אם כן, אנא פרטי: אבחנה רפואית, תאריך אבחון וטיפול נלווה?)

---

5. האם חווית התקפי חרדה, דיכאון או משברים נפשיים בעבר?

לא / כן (אם כן, אנא פרט/י: תדירות, חומרה ואופן ההתמודדות)

---

---

6. האם את/ה נמצא/ת או היית בטיפול רגשי, פסיכולוגי או פסיכיאטרי?

לא / כן (אם כן, אנא פרט/י: סוג הטיפול, תדירות ומספר השנים בטיפול)

---

---

7. כיצד את/ה מתמודד/ת עם מצבי לחץ ולחץ אקדמי?

היטב / בינוני / מתקשה (אנא פרט/י דרכי התמודדות)

---

---

8. האם ישנן נסיבות בריאותיות נוספות שעלולות להשפיע על השתתפותך בלימודים?

לא / כן (אם כן, אנא פרט/י)

---

---

הצהרה:

אני החתום/ה מטה מצהיר/ה בזאת כי כל המידע שמסרתי לעיל הינו נכון ומדויק. אני מבין/ה כי המוסד האקדמי עשוי לעשות שימוש במידע זה לצורך התאמות לימודיות ולרווחתי האישית.

שם החותם/ת \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_