

רישום לקורס על בסיסי הדרכה קלינית 2026

אנו שמחים על פנייתך להצגת מועמדות לקורס על בסיסי הדרכה קלינית בבית"ס לסייעוד ע"ש הנרייטה סאלד והאוניברסיטה העברית, ירושלים.

מצורפת בזאת ערכת רישום לקורס. בערכת הרישום הנך מתבקש/ת להקפיד על:

- ♦ מילוי כל הפרטים בכל הרשומות הנדרשות
- ♦ צרוף התעודות והמסמכים הנדרשים
- ♦ צירוף אישור על תשלום דמי הרשמה על סך 120 ₪:

תשלום דמי רישום ב – 3 דרכים:

1. בקופה: שובר התשלום נמצא בערכת ההרשמה, איתו יש להגיע ולשלם בקופת הדסה הנמצאת בבניין מינרב, קומת קרקע, אצל הגב' אירית מרדכי.
הקופה פתוחה בע"כ בימים א', ג', ה' בין השעות 10:00-12:00
ובימי שני, בה"צ בין השעות 10:00-12:00
2. ניתן לבצע העברה בנקאית:
לזכות חשבון מס' 25000, סניף ירושלים עסקים (436) של בנק הפועלים בע"מ
(מספר בנק 12) – הסתדרות מדיצינית הדסה.
3. באמצעות כרטיס אשראי: למלא את הטופס של פרטי האשראי המצורף.

**שימו לב! פתיחת הקורס מותנת במספר נרשמים.
במידה והקורס לא יפתח דמי ההרשמה לא יוחזרו.**

יש להגיע למזכירות סטודנטים בשעות הקבלה ולהגיש באופן אישי את הערכה המלאה.

ערכה שתגיע ללא כל המסמכים לא תטופל.

כתובת אתר אינטרנט:

[/https://he.hadassah.org.il/nursing-school/clinical-instruction-2025](https://he.hadassah.org.il/nursing-school/clinical-instruction-2025)

שימו לב, התכנית תופעל על פי תכנית לימודים מעודכנת לשנת 2025

השתלמות מוכרת בהדרכה קלינית 2026

יש להגיש את הטפסים הרשומים מטה. סמן/י V במקום המתאים.

- ☐ שאלון אישי למועמד
- ☐ דף המלצה לקורס הדרכה קלינית
- ☐ חתימה על טופס ויתור סודיות רפואית
- ☐ הצהרת בריאות
- ☐ טופס הצהרה ויתור על סודיות
- ☐ 2 טפסים הצהרה על העדר רישום פלילי
- ☐ טופס הצהרה על אחריות אישית לחיסונים
- ☐ טופס אישור העברת פרטים אישיים
- ☐ התחייבות סטודנט לשמירת סודיות
- ☐ אישור לשימוש בצילומים
- ☐ אישור ממונה ישיר על שנת ניסיון בסייעוד
- ☐ תמונת פספורט (לא צילום דרכון)
- ☐ אישור על תואר ראשון בסייעוד / אישור הסבת אקדמאים לסייעוד
- ☐ תעודת אח/ות מוסמך/ת (מקור+צילום)
- ☐ צילום תעודת זהות כולל ספח המציין אזרחות
- ☐ אישור על ציון מבחן רישום
- ☐ קורות חיים
- ☐ דמי הרשמה – (טופס תשלום באשראי או קבלה מקופת הדסה)

מקום עבודה

מרפאה/מחלקה _____
בית חולים/מחוז _____
מנהלת סיעוד _____

שאלון קבלה למועמד/ת לתכנית להשתלמות בסייעוד

שם הקורס: הדרכה קלינית

חלק א'

(ימולא ע"י המועמד/ת)

פרטים דמוגרפיים:

שם פרטי:		שם משפחה:		שם משפחה קודם:	
מס' ת.ז.:		שם האב:		מין:	
תאריך לידה:		ארץ לידה:		תאריך עליה:	
מצב משפחתי:		מס' ילדים:			
כתובת מגורים:		עיר:		מיקוד:	
מען למכתבים:		עיר:		מיקוד:	
טלפון בבית:		טלפון נייד:		טלפון להתקשרות:	
דוא"ל:					

השכלה אקדמאית:

תחום	שם המוסד	שנת סיום	התואר

הסמכה מקצועית:

שם בית הספר לסייעוד (בארץ) _____

שנת תחילת הלימודים _____ שנת סיום לימודים _____

מספר רישום ממשלתי _____ תאריך הוצאתו _____

קורסים על בסיסיים מוכרים בסייעוד:

שם הקורס	תאריך סיום	מספר רישוי

מקום עבודה נוכחי:

מחוז/בית חולים	מרפאה/מחלקה	חודש ושנת תחילת עבודה	מספר טלפון ישיר בעבודה

היקף המשרה _____ תפקיד _____

לעובד הדסה: מספר עובד _____

ניסיון מקצועי:

שם המוסד	מחלקה/מרפאה	תפקיד	משנה	עד שנה



שפות:

כותב/ת	קורא/ת	מדבר/ת	
			עברית
			אנגלית
			ערבית
			אחר: _____

המניעים לבקשתך להשתתף בקורס:

במה לדעתך תוכל/י לתרום למקום עבודתך לאחר סיום הקורס?

חתימה: _____

תאריך: _____

דף המלצה לקורס הדרכה קלינית

שם המועמד: _____

ת.ז.: _____

שם הממליץ: _____

תפקיד: _____

חתימה: _____

משך זמן הכרות עם המועמד:

ניסיונו של המועמד בעבודה:

טלפון 02-6778403 פקס: 02-6777130
אתר האינטרנט של בית הספר - www.hadassah.org.il/schools/nurses

כתב הוראות ויתור על סודיות רפואית

אני החתום (ה) מטה:

שם: _____ מס' ת.ז. _____

כתובת: _____

מבקש(ת) בזה למסור למנהלת ביה"ס לסייעוד או לכל מי שמונה על ידי המנהלת לעניין זה (להלן "המורשים"), כל מידע שיבקשו המורשים ביחס למצב בריאותי, הן לפני חתימת מסמך זה והן משך התקופה שמיום חתימת מסמך זה ועד לסיום לימודי בביה"ס לסייעוד (להלן "התקופה הקובעת"), לרבות – אך בלי לפגוע בכלליות האמור לעיל – כל מידע ביחס למחלות ופגיעות נוספות נפשיות ו/או אשפוזים, חוות דעת רפואיות וכל כיו"ב.

בחתימתי על מסמך זה אני מוותר(ת) מפורשות לכל מי שימסור למורשים מידע רפואי כאמור לעיל מחובת הסודיות החלה, או זו שתחול, עליו על פי דין, הסכם ו/או נוהג המאשר(ת) ומצהיר(ה) כי לא תהיינה לי כל מענות ו/או תביעות כלפי מי שימסור מידע כאמור למורשים במהלך התקופה הקובעת.

כתב ויתור והוראות זה יהיה בר תוקף כלפי כל גורם שבידיו מצוי בעת חתימתו, או שימצא במהלך התקופה הקובעת, מידע רפואי המתייחס עלי לרבות – אך מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל – משרד הבריאות, משרד הביטחון (שלטונות צה"ל), שירותי בריאות כללית, בתי החולים, רופאים וכיו"ב. ולראיה באתי על החתום,

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

תאריך: _____ חתימה: _____

הצהרת בריאות

אני החתום/ה מטה:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____

כתובת _____ מספר טלפון _____

מצהיר/ה, מאשר/ת ומתחייב/ת בזה כדלקמן (נא לסמן במקום המתאים):

1. ☐ למיטב ידיעתי, מצב בריאותי בעת חתימת הצהרה זו תקין ואינני חולה בכל מחלה שהיא לרבות, מוגבלות ו/או ליקוי גופני ו/או נפשי (להלן: "מחלה").

☐ אני חולה במחלה/ות הבאה/ות, אנא פרטי:

2. ☐ בעבר חליתי במחלה/ות הבאה/ות, אנא פרטי:

3. ☐ אינני מקבל/ת בעת מתן הצהרה זו טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטות/ות בסעיף 1 ו/או 2 לעיל.

☐ אני מקבל/ת בעת מתן הצהרה זו טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטות/ות בסעיף 1 ו/או 2 לעיל. אנא פרטי:

4. ☐ לא קיבלתי בעבר טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטות/ות בסעיף 1 ו/או 2 לעיל.

☐ קיבלתי בעבר טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטות/ות בסעיף 1 ו/או 2 לעיל.

5. ☐ לא אושפזתי מעודי בבית חולים.

☐ אושפזתי בבית חולים: _____ מתאריך _____ עד תאריך _____ מהסיבות

הבאות

6. ☐ אינני סובל/ת מליקויי למידה אשר בגללם נזקקתי בעבר להתייחסות מיוחדת בלימודים או במהלך בחינות

☐ אני סובל/ת מליקויי למידה הבאים: _____
ובגין נזקקתי להקלות להלן: _____

7. אני מתחייב/ת כי אם יחולו שינויים בתוכן הצהרותי אלה, אודיע על כך לאלתר לבית הספר.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזה כי הפרטים הנ"ל הם הפרטים המדויקים, המלאים והנכונים ביחס למצב בריאותי בעבר ובהווה. ידוע לי כי הצהרה כוזבת, לרבות אי דיוק כלשהו בהצהרת בריאות זו, מהווה הפרה של תנאי הלימודים ביה"ס לסייעוד ע"ש הנרייטה סאלד של הדסה ירושלים.

במקרה זה ביה"ס יהיה רשאי לנקוט בכל צעד שימצא לנכון, לרבות, אך לא רק, הפסקת הלימודים לאלתר. ולראיה באתי על החתום להלן:

תאריך: _____ חתימה: _____

הצהרה ויתור על סודיות

אני החתום מטה, מרשה בזה להנהלת בית הספר לסייעוד להעביר מידע הכלול בתיקי האישי, לרבות תיעוד רפואי, להנהלת שרותי בריאות כללית, למנהל הסיעוד במשרד הבריאות ולגורמים אחרים רלוונטיים לצורך הטיפול בהכשרה המקצועית.

לא יהיו לי טענות או תביעות כל שהן לביה"ס לסייעוד ע"ש הנרייטה סאלד של הדסה והאוניברסיטה העברית באשר להעברת המידע הנ"ל.

מס' תעודת זהות

שם ומשפחה

תאריך

חתימה

נוהל הצהרת העדר רישום פלילי – מועמדים ללימודים בבתי ספר לסייעוד

מועמד ללימודי סיעוד וקורסים על בסיסיים בבתי ספר לסייעוד, שהכירה בהם האחות הראשית הארצית, או לחוג או למגמה אוניברסיטאית בסייעוד, יצהיר בעת ההרשמה בפני הנהלת ביה"ס, החוג או המגמה האוניברסיטאית, כדלקמן:

לעניין הרישום הפלילי:
המועמד יצהיר כי ידוע לו:

1. שעפ"י תקנות בריאות העם (עוסקים בסייעוד בבתי החולים), התשמ"ט-1988, סעיף 5 (א): "זכאי להיות רשום בפנקס אזרח או תושב ישראל בן 18 שנים או יותר, שהוכיח להנחת דעתה של האחות הראשית כי הוא בעל הכשרה מקצועית כאמורה בתקנות אלה וכי יש לו ידיעה בסיסית, לפחות, בעברית וכי לא הורשע בעבירה שדינה מאסר שיש בה, לדעת האחות הראשית, כדי למנוע עיסוק בסייעוד".
2. שעפ"י תקנות בריאות העם (צוות סיעוד במרפאות), התשמ"א-1981, סעיף 11: "המנהל רשאי להורות שלא לרשום בפנקס אדם, אף אם נתמלאו התנאים המורים בתקנה
3. שעפ"י חוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, תשמ"א-1981, סעיף 6: "מסירת מידע לשם פעולה מי שהוסמך על פי חיקוק לתת, לחדש או לבטל רישיון, היתר, זכות עיסוק או זכות אחרת (להלן-זכות), ולשם כך הוא רשאי על פי אותו חיקוק להביא בחשבון את עברו הפלילי של מבקש הזכות, של בעל הזכות או של אדם אחר הנוגע בדבר, תמסור לו המשטרה מידע מן המרשם על כל אחד מאלה אם הוא הסכים לכך".
4. אם המבקש הורשע בעבירה שיש עמה קלון או שיש בה כדי להראות שהוא חסר האחריות הדרושה לעיסוק בסייעוד, וטרם חלפו עשר שנים אחרי שרצה את עונשו או אחרי שנסתיימה תקופת התנאי לפי סעיף 52(ב) לחוק העונשין, התשל"ז-1977, הכל לפי העניין ולפי המאוחר יותר, ובלבד שנתן הזדמנות למבקש לטעון טענותיו.
5. כל הרשעה פלילית תיבדק גם לקראת הדיון ברישום המועמד/ת בפנקס, או שדרוגו המקצועי. למועמד/ת תינתן זכות שימוע לפני קבלת החלטה.

שם המועמד _____ חתימת המועמד _____

תאריך: _____

הצהרה על העדר הרשעה בעבירה פלילית

יש להקיף בעיגול את התשובה.

אני _____ ת.ז. _____

מצהיר/ה בזאת, כי הורשעתי / לא הורשעתי אי פעם במשפט פלילי בארץ או בחו"ל, במידה והורשעת, נא פרט/י העבירה, נסיבותיה, מועד ביצועה והעונש שנפסק:

2. אני מצהיר/ה, כי מידע זה נכון ומדויק ובמידה ויוכח אחרת, עשוי הדבר להוות עילה להפסקת לימודי, זאת לאחר שתינתן לי זכות לשימוע.

3. בהתאם לחוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, תשמ"א-1981, סעיף 6, אני הח"מ מסכים/ה כי יועבר למשרד הבריאות מידע על הרשעות מהמרשם הפלילי המתייחס אלי וכן אני מסכים/ה שיימסר מידע כאמור מרשויות הסמכה בארץ ובחו"ל.

אני מוסר/ת מידע זה מתוך ידיעה שיישמר בסוד וכי הוא ישמש רק לעניין לימודי סיעוד ורישום בפנקס האחות או שדרוג מקצועי.

שם המועמד _____ חתימת המועמד _____

הצהרה על אחריות אישית לקבלת חיסונים

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

מס' ת.ז: _____

הנני מצהיר/ה בזאת שידוע לי כי עלי לדאוג להתחסן, כפי שקובע נוהל משרד הבריאות, מתאריך 4.4.06.

אני יודע כי בהתאם להנחיות משרד הבריאות לא אוכל להתחיל את ההתנסויות הקליניות בביה"ס עד אשר לא אסיים את החיסונים כנדרש ואחזיר למזכירות ביה"ס תיעוד חתום ממשרד הבריאות על קבלת החיסונים (חלק ג').

חתימה:

תאריך:

טופס אישור העברת פרטים אישיים

אני הח"מ מאשר/ת בזאת לביה"ס לסייעוד ע"ש הנרייטה סאלד של הדסה ירושלים
להעביר את נתוני האישיים לגורמים שונים בהדסה כגון: מח' ביטחון, משאבי אנוש
הנהלת הסיעוד וכד'.

שם פרטי ושם משפחה	ת.ז	חתימה	תאריך
-------------------	-----	-------	-------

התחייבות סטודנט לשמירת סודיות

ולכבוד
בית הספר לסייעוד ע"ש הנרייטה סאלד של
הדסה ירושלים

לכבוד
הסתדרות מדיצינית הדסה
ירושלים

א. ג. נ.

אני הח"מ _____ ת.ז. _____

- מאשר/ת בזה כי אני תלמיד/ה בבית הספר לסייעוד ע"ש הנרייטה סאלד של הדסה ירושלים.
- ידוע לי כי במסגרת עבודתי ו/או לימודי ו/או הכשרתי יבוא לידיעתי מידע הנוגע לפעילות של הדסה, של עובדים בה ושל אחרים הקשורים בה, וכן מידע הנוגע לצדדים שלישיים ומטופלים, ספקים וגורמים שונים (להלן - המידע).
- ברור לי שעלי לשמור על סודיות מוחלטת של המידע כדי להגן על זכויות ואינטרסים של הדסה ואחרים. התחייבותי זו מתייחסת בין היתר במפורש ובמיוחד לשמירת הסודיות הרפואית ולהגנת הפרטיות של המטופלים וידוע לי כי אני מחויב/ת לכך בחוק.
- ידוע לי כי אסור לי למסור מידע כלשהו הקשור במטופלים ובטיפולים בהם אלא לצורך עבודתי.
- לפיכך אני מתחייב/ת להשתמש במידע אך ורק לביצוע לימודי.
- בנוסף על האמור בסעיף 3 אני מתחייב/ת לשמור את המידע בסודיות מוחלטת, לא לגלותו לאיש ולנקוט בכל האמצעים שברשותי כדי למנוע גילוי המידע לאחרים. על אף האמור לעיל מסירת מידע לחברי ללימודים, ולאחרים בהסכמת המטופל או אם אחויב לכך בדיון, לא תחשב כהפרת התחייבותי זו.
- אני מתחייב/ת שלא לשמור ברשותי, ושלא להוציא מתחומי הדסה כל מסמך, מקור או העתק שהגיע אלי במסגרת לימודי ו/או הכשרתי אלא אם יהא הדבר הכרחי, והמסמך יוחזר לתחומי הדסה מיד עם ביטול ההכרח.
- אני מתחייב/ת למסור לכם מיד עם דרישתכם הראשונה כל מסמך כנ"ל, בין שיהיה ברשותי ובין שיהיה ברשות צד ג', לו יימסר המידע.
- לא אסייע ולא ארשה לכל אדם להשתמש במידע שיובא לידיעתי.
- התחייבות זו הינה לצמיתות ותישאר בתוקף גם לאחר סיום לימודי בהדסה.
- מבלי לפגוע או לגרוע מכל זכות וסעד העומדים לכם לפי הדין, הפרת התחייבותי זו או כל חלק ממנה, תזכה אתכם בפיצוי מוסכם ומוערך מראש בסך השווה ל- 5000 ש"ח.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך: _____ חתימה: _____

עד לחתימה: שם פרטי ושם משפחה: _____ חתימה: _____
(החתימה מתבצעת בבית הספר מול איש סגל)

אישור לשימוש בצילומים

במסגרת הכנת חומרים שיווקיים (תמונות, סרטים) על בית הספר שישמשו לצורך שיווק בית הספר במדיה (עיתונות כתובה ומשודרת, פייסבוק וכדומה) אנו מצלמים סיטואציות שונות המשקפות את חוויית הלימודים בבית ספרנו.

הנך מתבקש/ת לחתום על הסכמה או אי הסכמה להשתתפות בצילומים אלה.

השימוש בצילומים יהיה אך ורק לצרכי פרסום בית הספר לסייעוד של הדסה

אני הח"מ (נא לסמן בעיגול): **מאשר/ת** / **לא מאשר/ת** להשתתף בצילומים אלה

תאריך	שם התלמיד/ה	ת.ז	חתימה
-------	-------------	-----	-------

אישור ממונה ישיר על שנת ניסיון בסייעוד

שם הממונה הישיר: _____

תפקיד: _____

אני מאשר כי _____ מועסק כאח/אחות מוסמך

בבית החולים _____

במחלקה _____

במשרה בהיקף % _____

חתימה וחותמת _____

- יש לצרף אישור העסקה ממחלקת כ"א .
- (ע"כ יש לפנות לאתי 76225)
- (ה"צ יש לפנות ליגאל 44205)

שובר תשלום בקופת הדסה

(יש להדפיסו ולגשת איתו לאירית מרדכי במחלקת כספים)

אל:
אירית מרדכי
קופת אגף הכספים
הדסה עין כרם

הנדון: דמי רישום עבור קורס הדרכה קלינית 2026

אבקש לקבל מגב' _____ סך של 120 ₪
עבור דמי רישום קורס הדרכה קלינית ינואר 2026

נא לזכות את הסעיף התקציבי שמספרו PC 354640 / GL 9549610.
(קורס הדרכה קלינית ינואר 2025)

בברכה,

מזכירות סטודנטים

טל' 6778403



תאריך: _____

הנדון: חיוב באמצעות כרטיס אשראי

פרטי המבקש:

שם הלקוח: _____ מס' פלאפון: _____

כתובת: _____ עיר: _____

פרטי כרטיס האשראי:

ת"ז בעל הכרטיס: _____

שם בעל הכרטיס _____

מספר כרטיס האשראי: _____ תוקף כרטיס: _____

CW: _____

סכום לחיוב: _____

מס תשלומים: _____

סוג כרטיס האשראי (נא להקיף בעיגול):

ויזה: לאומי קארד / ויזה רגיל מסטרקארד: ישראכרט / לאומי קארד

ישראכרט / אמריקן אקספרס / דיינרס

שם הבנק _____

מס' חשבון בנק _____

מס' בנק _____

מס' סניף _____

חתימת בעל הכרטיס _____

למילוי ע"י ההנהלה:

מס' חשבון: הנה"ח	354640
פרטים	דמי רישום קורס הדרכה קלינית

עין כרס
תא דואר 12000 ירושלים 9112001
הר המצודות
תא דאר 24035 ירושלים 9124001
www.hadassah.org.il

הסתריות מדיניות הרסה (חל"צ)

מנהל
פדסה
מכלל