

שאלון אישי לסטודנט

1. פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה באנגלית	שם פרטי באנגלית
תעודת זהות		קופת חולים	
ס.ב.			
כתובת			
עיר _____ רחוב _____ מספר _____ מיקוד _____			
טלפון נייד:		:e-mail	
		@ _____	

2. פרטי השכלה ותקופת הסבב

מוסד לימודים	שנת לימודים	קבוצה מספר (במידה ויש)
	ד / ה / ו אחר _____	
מחלקה	ת. התחלת סבב	ת. סיום סבב
האם צפוי לחזור לסבבים נוספים? כן / לא	במידה וסימנת כן אנא פרט: מחלקה _____ צפי לסבב בתאריך _____ מחלקה _____ צפי לסבב בתאריך _____ מחלקה _____ צפי לסבב בתאריך _____	
לשימוש משרדי בלבד	סקטור – רפואה עיסוק 21870	

התחייבות וחתימה על קריאת נהלים במרכז הרפואי כרמל

■ התחייבות בדבר אי קבלת תרומה מחולה בעת אשפוזו

אני מתחייב/ת לא לגבות בשום מקרה תשלום מחולה בעת אשפוזו ולא להתנות מתן טיפול כלשהו לחולה בתשלום או בתרומה. אני מתחייב/ת לא להציע ולא לבצע השגחה אישית למטופל בין כותלי בית החולים.

חתימה _____

■ התחייבות להחזיר כל ציוד שנ ניתן לי במהלך שהותי בבית החולים בתום הסבב לרבות חלוק ומדים

אני מתחייב/ת להחזיר בתום הסבב כל ציוד לרבות חלוק ומדים.

חתימה _____

■ הנני מאשר/ת כי קראתי בעיון את פרטי החוק למניעת הטרדה מינית והנני מתחייב/ת לפעול על פיהם.

חתימה _____

■ נוהל מניעת אלימות

הנני מאשר/ת כי קראתי בעיון את נוהל מניעת אלימות במרכז הרפואי והנני מתחייב/ת לפעול על פיהם.

חתימה _____

■ התחייבות לשמירת כללי התנהגות ומתן הנחיות בטיחות כלליים לסטודנטים במרכז הרפואי כרמל

הנני מאשר/ת כי קראתי בעיון את כללי ההתנהגות וההנחיות הבטיחות הכללית במרכז הרפואי והנני מתחייב/ת לפעול על פיהם.

חתימה _____

■ התחייבות לשמירת סודיות והגנת מידע לסטודנט/ית בשירותי בריאות כללית והתחייבות לעבודה בהתאם לנהלי בית החולים

הנני מאשר/ת כי קראתי בעיון את נהלי סודיות רפואית ואבטחת מידע והנני מתחייב/ת לפעול על פיהם. כן הנני מצהיר/ה כי ידוע לי שהפרת כללי אבטחת מידע על פי הקבוע בחוק עלולה לגרור עמה אחריות אישית ופלילית.

חתימה _____

■ הצהרת הסטודנט

הנני מצהיר(ה), כי הפרטים שמסרתי בשאלון זה הם שלמים ונכונים, וחתימתי זו כוללת ההתחייבות לפעול לפי ההצהרות הכלולות בו.

שם ומשפחה _____ מס' זהות _____ חתימה _____