

טופס הרשמה לקורס הדרכה קלינית

חלק א' - למילוי ע"י המועמד/ת

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:					

הסמכה מקצועית:

שם המוסד	שנת התחלה	שנת סיום	סוג התוכנית: אקדמאית/ דיפלומה/הסבת אקדמאים/תואר

קורסים על בסיסיים מוכרים בסייעוד:
בוגר השתלמות מוכרת בסייעוד כן / לא. במידה וכן, נא פרט בטבלא

שם הקורס	תאריך סיום	מספר רישוי

ניסיון מקצועי:

שם המוסד	מחלקה/מרפאה	תפקיד	משנה	עד שנה

מקום עבודה נוכחי:

מחוז/בית חולים	מרפאה/מחלקה	מספר טלפון ישיר בעבודה

היקף המשרה _____ תפקיד _____

ניסיון בהדרכה _____

השתתפות בקידום תהליכים מחלקתיים וחוצי ארגון (מחקרים, פרויקטים) _____

קידום ידע מקצועי (השתתפות בכנסים, השתלמויות, לימודים) _____

שאיפות ותכניות לעתיד _____

_____ המניעים לבקשתך להשתתף בקורס:

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

בהתאם להנחיות מנהל הסייעוד, על המועמד להצהיר על התחייבותו לעסוק בהדרכה קלינית:

הנני מצהיר כי אני מתחייב לעסוק בהדרכה קלינית בשדה בו אני מועסק, הצהרה זו מחייבת אותי בהתאם להנחיות מנהל הסייעוד.

_____ שם מלא _____ חתימה

_____ תאריך

חלק ב' (למילוי ע"י אחות אחראית המחלקה)
חוות דעת על מועמד/ת לתכנית להתמחות בסייעוד

מוסד _____ מחלקה/מרפאה _____

שם המועמד/ת _____ ת"ז _____

תאריך תחילת העבודה במוסד _____ תחילת עבודה במחלקה _____

לפניך מספר היגדים אודות תפקודה של המוערכת, אנא סמני X בעמודה המתאימה

מאפייני המועמד

תכונה	-1 במידה מועטה	-2 במידה בינונית	-3 במידה משמעותית	-4 במידה רבה מאוד
1. מוטיבציה				
2. נכונות להשקיע ולהתגייס לטובת העשייה במחלקה				
3. יכולות וורבאליות				
4. ידע קליני				
5. יכולת למידה				
6. יחסים בין אישיים עם העמיתים				
7. תקשורת עם החולים ומשפחותיהם				
8. סבלנות וסובלנות				
9. רגישות ואמפטיה				

הערות / סיכום המעריכה:

שם המעריכה: _____ תפקיד המעריכה: _____

טלפון המעריכה: _____ תאריך _____ חתימה _____

חלק ג' – המלצת אחראי/ת ההדרכה בארגון:

חלק ד' – אישור מנהלת הסייעוד:

שם המועמד	ת.ז.
שם המוסד המעסיק:	מחלקה / מרפאה / יחידה:
תאריך תחילת העבודה במוסד:	תאריך תחילת העבודה במחלקה/מרפאה:
היקף המשרה בה מועסק המועמד:	מספר שנות וותק כאח/ות מוסמכ/ת:
תפקיד נוכחי של המועמד:	תחום ההכשרה הנדרש:

חוות דעת על המועמד:

מידת נחיצות ארגונית להכשרת המועמד (סמן V בעמודה המתאימה)

לא רצוי	אין צורך מערכתי	מומלץ אך לא מחייב	נחוץ במידה רבה	הכרחי ודחוף
1	2	3	4	5

המועמד/ת נשלחת ללימודים מטעם המוסד כן / לא (נא לסמן בעיגול)

שם מנהלת הסייעוד במוסד _____ חתימה _____

תאריך _____