

הסוכנות היהודית – משרד העלייה

תאריך

ב-

תצהיר על מצב בריאות של מועמד/ת לעלייה

מסמך זה ימולא ע"י מועמד/ת עלייה המבקש/ת אשרת עלייה לישראל עפ"י חוק השבות, באמצעות משרד העלייה של הסוכנות היהודית.

א. נתונים אישיים

זכר / נקבה

שם משפחה

שם פרטי

מועד עלייה משוער

שנה / חודש / יום

תאריך לידה

ב. מידע על המצב הרפואי של המועמד/ת

1. האם מצב בריאותך היום תקין והנך מסוגל/ת לעמוד בכל תפקודי היום-יום באופן עצמאי?

כן / לא

במידה ולא, פרט

2. האם סבלת בעבר, או הנך סובל היום מאחת המחלות הבאות:

| | | | |
|----------------|---------|---------|---------|
| אפילפסיה | כן / לא | סרטן | כן / לא |
| אסטמה | כן / לא | שחפת | כן / לא |
| אי ספיקת כליות | כן / לא | סוכרת | כן / לא |
| מחלת לב | כן / לא | HIV | כן / לא |
| | | נשא HIV | כן / לא |

במידה והתשובה היא חיובית, אנא ציין:

מתי חלית במחלה?

מתי טופלת לאחרונה בגין המחלה/ות?

כן / לא

3. האם הנך צורך/כת תרופות כלשהן:

במידה וכן ציין:

| | | |
|-----------|------|------------|
| שם התרופה | מטרה | ומינן יומי |
| שם התרופה | מטרה | ומינן יומי |
| שם התרופה | מטרה | ומינן יומי |

4. האם הנך סובל/ת מנכות ציין:

סוג הנכות

סיבתה ומתי נגרמה?

האם ישנן מוגבלויות תפקודיות?

במידה ואת/ה זקוק לטיפול רפואי מתמשך בגין הנכות, ציין סוג הטיפול לו את/ה זקוק

5. האם הנך סובל/ת כיום, או סבלת/ת בעבר ממחלת נפש?

כן / לא

במידה וכן, פרט: שם המחלה

תאריך טיפול אחרון אצל רופא בגין המחלה?

במידה ואושפזת/ה - תאריך אשפוז אחרון

6. האם צרכת/ה בעבר או הנך צורך כיום מדי פעם או באופן קבוע?

תרופות ממכרות כן / לא

סמים (מכל סוג) כן / לא

אלכוהול כן / לא

במידה וכן, ציין: שם התרופה / סם

מתי לאחרונה צרכת אותה

7. **לאישה** – האם הנך בהריון? כן / לא תאריך משוער ללידה _____

8. האם הנך מסוגל/ת לעמוד בתנאי הטיסה לישראל?

כן / לא

במידת הצורך, אנא התייעץ עם רופא המשפחה שלך.

ג. הצהרה

| | |
|---|-------------|
| אני מצהיר שהפרטים שנמסרו לעיל נכונים ונמסרו בהכרה שהם מהווים יסוד לדיון בבקשתי לעלייה לישראל; וכבסיס למידע והכוונה בהתאם. | |
| כמו כן, ידוע לי שהצהרה זו אינה פותרת אותי מהצורך להמציא מסמכים רפואיים, מרופא מטפל או מוסד רפואי עפ"י דרישת משרד העלייה. | |
| שם המועמד | _____ |
| חתימה | תאריך _____ |
| | _____ |

לשימוש משרד העלייה

כן / לא

הנ"ל התבקש להמציא מסמכים רפואיים נוספים

פירוט המסמכים:

כן / לא

המסמכים מצורפים

שם השליח _____ תאריך _____

תאריך קבלת אישור עלייה _____