



תאריך _____

בקשה לרישום – השתלמות מוכרת בסיעוד

שם הקורס: _____

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' ת.ז. _____

שם בלועזית (אותיות דפוס): שם משפחה _____ שם פרטי _____

כתובת: _____ עיר _____ רחוב/שכונה _____ מס' _____ מיקוד _____

טל' בבית: _____ טל' נייד: _____ אחר: _____

E-mail: _____

תאריך לידה _____ ארץ לידה _____ שנת עליה _____

מצב משפחתי: ☐ רווקה ☐ נשואה ☐ גרושה ☐ אלמנה

מספר ילדים: _____

שנות לידה של הילדים: _____

שרות בצבא: ☐ עתודאית ☐ שרות פעיל ☐ פטור ☐ שירות לאומי אחר _____

מקום עבודה נוכחי: _____

שם המוסד _____ מחלקה _____ תפקיד _____

טל' בעבודה: _____

מהיכן שמעת על בית"ס: 1. חבר 2. אינטרנט 3. עיתונות 4. אחר _____

השכלה:

סוג התעודה	תאריך סיום הלימודים	מקום בית"ס ארץ ועיר	שם בית"ס	
				מקצועי
				אוניברסיטה
				השתלמויות אחרות



שפות:

מדבר/ת	עברית	אנגלית	צרפתית	אחרת
קורא/ת				
כותב/ת				

מקומות עבודה מיום גמר ביה"ס לסיעוד/מגמת סיעוד

המקום	התפקיד	היקף משרה	מיום	עד יום

האם את/ה עובד/ת משרה מלאה או חלקית (כמה)? _____

המניעים לבקשתך להשתתף בקורס: _____

האם מצב בריאותך תקין? אם לא – פרטי (להתייחס גם לכאבי גב, דליות ברגליים ושמיעה): _____

הערות: _____

חתימת המועמד/ת: _____

תאריך: _____

ת.ע. 03/24

עמוד 2 מתוך 17

ט.פד 11 הרשמה על בסיסי



כתב התחייבות והצהרה על שמירת סודיות
ביה"ס האקדמי לסיעוד אספ הרופא

אני הח"מ _____, ת.ז. _____, מתחייב/ת בזאת לשמור
בסודיות מוחלטת על כל מידע ו/או ידע ו/או סוד מקצועי שיגיעו אלי במהלך לימודי בביה"ס האקדמי
לסיעוד "אספ הרופא".

הנני מתחייב/ת בזה שלא להשתמש בידע ו/או במידע שיגיעו אלי כאמור בכל צורה ואופן שלא במסגרת
תפקידי ו/או לגלותם ו/או להעבירם לאחר, כולם או מקצתם במישרין ו/או בעקיפין.

התחייבותי האמורה תחול עלי גם לאחר שאסיים את לימודי בביה"ס.

חתימה

תאריך

ת.ע. 03/24

עמוד 3 מתוך 17

טפד 11 הרשמה על בסיסי



המרכז הרפואי שמיר (אספ הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\12 פקס: 08-9542449
E-mail: nurseschool@shamir.gov.il אתר ביה"ס: <https://shamirschool.org.il>



תו חסי-לאיכות מוצגות



לכבוד
הנהלת ביה"ס לסיעוד
"אספ הרופא"

הצהרת בריאות

אני _____ ת.ז. מס' _____

החתום/ה מטה, מצהיר/ה בזה, כי אני לא סובלת/ת ממחלה "מסכנת".*

*הסבר בדבר מחלה "מסכנת":

מחלה מסכנת לפי תקנון בריאות העם (צוות סיעודי במרפאות) התשמ"א - 1981 אחד מן המצבים המפורשים כדלקמן:

1. מחלת נפש: לא סובלות ולא סבלתי מעולם ממחלת נפש העלולה לסכן את בריאות הציבור שבטיפול.
2. מחלה העשויה לסכן בריאות בני-אדם שבטיפולו של מורשה לעסוק בסיעוד.
3. מחלה או כושר לקוי, העשוי לשלול מהמועמד את היכולת לעסוק בסיעוד לפי העניין, לחלוטין, זמני או באופן חלקי (לרבות ליקוי ראייה ושמיעה ונשאות של מחלות).

הערות: _____

אני מצהיר/ה בזאת כי הפרטים שמאלתי בשאלון זה הם נכונים, מלאים ומדויקים. ברור לי כי כל אי דיוק במסירתם עלול להביא להפסקת לימודי, ללא כל טענות ותביעות מצדי ואף עלולות לשלול ממני את היכולת לעסוק בסיעוד לחלוטין, זמנית או חלקית.

_____	_____	_____
חתימה	שם מלא	תאריך

ת.ע. 03/24

עמוד 4 מתוך 17

ט.פד 11 הרשמה על בסיסי





דיווח על בעיית בריאות / מגבלה פיזית

הנני מצהיר/ה בזאת שהובא לידיעתי :

1. שבאחריותי האישית לדווח למרכזת לימודים קליניים ולמדריכה הקלינית על כל בעיית בריאות ו/או מגבלה פיזית (לרבות נשאות של מחלות ו/או ליקויי ראייה וכיוצ"ב)
2. שידוע לי שביה"ס יידע את המדריכה הקלינית על בעיית בריאות קיימת או שהתפתחה במהלך הלימודים.

שם מלא _____	ת.ז. _____
חתימה _____	תאריך _____

ת.ע. 03/24

עמוד 5 מתוך 17

ט.פד11 הרשמה על בסיסי



מכון התקנים הישראלי

המרכז הרפואי שמיר (אספ הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\12 פקס: 08-9542449
E-mail: nurseschool@shamir.gov.il אתר ביה"ס: <https://shamirschool.org.il>



תו תקן-לאיכות מוצרנות



לכבוד
מנהלת הסיעוד

שלום רב,

הנדון: תשלומי ביטוח לאומי – משתלמים בקורסים על בסיסיים

עפ"י הנחיית מנהל הסיעוד משנת 1999, על ביה"ס לסיעוד לדווח לביטוח לאומי על לומדים העובדים בסיעוד שלא נשלחו מטעם מוסדם (נרשמו עצמאית) לצורך תשלום ענף נפגעי עבודה וענף אמהות.

במידה והלומדות נשלחו מטעם מוסדכם, נודה על חתימתך בטופס המצ"ב.

בברכה
ד"ר אפרת דנינו
מנהלת ביה"ס

לכבוד
הנהלת ביה"ס האקדמי לסיעוד
מרכז רפואי אסף הרופא

הנדון: הצהרת מנהלת הסיעוד בדבר שליחת אחות להשתלמות מוכרת מטעם המוסד

אני _____ מנהלת הסיעוד ב- _____
שם

מצהירה כי המועמדות _____

נשלחת מטעם המוסד לקורס על בסיסי בתחום _____

שהחל בתאריך _____ וכי השתתפותוה בקורס חיונית למוסד.

_____ חתימה+חותמת מנהלת הסיעוד

_____ תאריך

ת.ע.03/24

עמוד 6 מתוך 17

ט.פד11 הרשמה על בסיסי





נספח מס' 1

טופס המלצה על מועמד להשתלמות מוכרת בסיעוד בתחום

(לשימוש מנהלת הסיעוד במוסד חרפואי בלבד)

שם המועמד _____ ת"ז _____

שם המוסד המעסיק _____

מחלקה/מרפאה/יחידה בה מועסק המועמד _____

תאריך תחילת העבודה במוסד _____ תאריך תחילת העבודה במחלקה/מרפאה _____

היקף משרה בה מועסק המועמד _____ מספר שנות וותק כאח/ות מוסמך/ת _____

מבצע אחריות משמרת כן/ לא _____

תפקיד נוכחי של המועמד _____

חוות דעת על המועמד _____

מידת נחיצות ארגונית להכשרת המועמד במסגרת השתלמות מוכרת בתחום _____

(סמן V בעמודה המתאימה)

הכרחי וחופף	נחוץ במידה רבה	אין צורך מערכתי	לא רצוי
4	3	2	1

שם וותימת מנהלת הסיעוד במוסד _____ תאריך _____

Nursing Division
Ministry of Health
P.O.B 1176 Jerusalem 91010
call.habriut@moh.health.gov.il
Tel: * 5400 Fax:02-5655946



מינהל הסיעוד
משרד הבריאות
ת.ד. 1176 ירושלים 91010
call.habriut@moh.health.gov.il
mailto:sar@moh.health.gov.il
טל: *5400 פקס: 02-5655946

ת.ע. 03/24

עמוד 7 מתוך 17

ט.פד.11 הרשמה על בסיסי



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\12 פקס: 08-9542449
E-mail: nurseschool@shamir.gov.il אתר ביה"ס: <https://shamirschool.org.il>



תו תקן-לאיכות משרות



נוהלי הוראה ולימודים

לקויי למידה

משתלמים בעלי ליקויי למידה

1. משתלם יוגדר כלקוי למידה ויהיה זכאי לנוהלי בחינה מיוחדים, אם הוא סובל מהפרעות הבאות:

- א. דיסלקציה, דיסגרפיה או הפרעות שפה אחרות
- ב. בעיות קשר וריכוז
- ג. בעיות קיבולת זיכרון עבודה
- ד. לקויי שמיעה וראייה או נכות

משתלמים הסובלים מבעיות כגון חרדת בחינות או בעיות רגשיות אחרות שאינן קוגניטיביות מעיקרן, לא יכללו בקטגוריה זו ויופנו לטיפול בשירותי הייעוץ.

2. המשתלם יפנה בכתב להנהלת ביה"ס ויצרף לפנייתו גיליון אבחון מנוירולוג, נויורופסיכולוג, מאבחן ליקויי למידה, פסיכולוג מומחה הרשום בפנקס הפסיכולוגים, פסיכיאטר או כל מוסמך ע"י משרד הבריאות לעסוק באבחון ליקויי למידה. מועד האבחון לא יעלה על עשר שנים. המשתלם יגיש את בקשתו בתוך החודש הראשון ללימודיו, ויקבל את תשובת הנהלת ביה"ס לא יאוחר מחודש לפני מועד הבחינות.

3. ביה"ס לא ימליץ על מוסדות אבחון אלה או אחרים.
ביה"ס שומר לעצמו את הזכות שלא לקבל את ההמלצות במכתב האבחון, כולו או מקצתו, או לדרוש מן התלמיד אבחון נוסף.



לכבוד
הנהלת ביה"ס לסיעוד

הצהרה על ליקוי למידה

המידע מבוקש לצורך סיוע למועמדים שיתקבלו ואינו מהווה שיקול לקבלה

1. קראתי את הנוהל בנושא (מצ"ב).

2. אני _____ ת.ז. מס' _____

החתום מטה, מצהיר בזה, כי הנני מוגדר כלקוי למידה / לא מוגדר כלקוי למידה (סמן בעיגול).

3. מצ"ב אבחון מאחד הגורמים הבאים (סמן ליד):

נוירולוג _____

נוירופסיכולוג _____

מאבחן לקוי למידה _____

פסיכולוג מומחה הרשום בפנקס הפסיכולוגים _____

פסיכיאטר _____

מוסמך אחר ע"י משרד הבריאות לעסוק באבחון לקוי למידה _____

אני מצהיר/ה בזאת כי הפרטים שמילאתי בשאלון זה הם נכונים, מלאים ומדויקים.

תאריך _____ שם מלא _____ חתימה _____

ת.ע. 03/24

עמוד 9 מתוך 17

ט.פד 11 הרשמה על בסיס





קבלת הסכמה לצילום בכיתות לימוד וחדרי סימולציה במסגרת לימודים/קורס

במסגרת הלימודים/קורסים בהם הינך משתתף/ת במסגרת ביה"ס האקדמי לסיעוד שמיר, יערכו תרגולים בחדרי הסימולציה והוראה מקוונת בכיתות לימוד.

בכיתות ובחדרים אלו מותקנות מצלמות והשיעורים והתרגולים מצולמים לצורך משוב, למידה, הוראה ומחקר.

אני הח"מ _____ מס' ת.ז. _____,

ידוע לי כי אני עשוי להיות מצולם ומתועד בהקלטות (שנשמרות בענן) לצורכי למידה. מסכים/ה בזאת להשתתף בתרגיל המצולם במסגרת הלימודים/הקורסים. החומר המתועד הינו לצרכי ביה"ס לסיעוד בלבד.

הנני מאשר/ת לבית הספר לעשות שימוש בצילומים אלה לצרכי הוראה. מחקר ומשוב.

***יש להודיע למזכירות בית הספר בכתב על כל שינוי**

חתימה

תאריך

בברכה
הנהלת ביה"ס לסיעוד

ת.ע. 03/24

עמוד 10 מתוך 17

ט.פד 11 הרשמה על בסיסי



המרכז הרפואי שמיר (אספ הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\12 פקס: 08-9542449
E-mail: nurseschool@shamir.gov.il אתר ביה"ס: <https://shamirschool.org.il>



תו חסי-לאיכות מוגדרת



קבלת הסכמה להשתתפות בצילומים והעברת נתונים רגישים

במסגרת הכנת חומרים שיווקיים (תמונות, סרטים) על ביה"ס שישמשו לצורך שיווק ביה"ס במדיה (עיתונות, כתובה ומשודרת, פייסבוק וכדומה) אנו מצלמים סיטואציות שונות המשקפות את חוויית הלימודים בביה"ס.

כמו כן, לטובת תפעול המערכת וממשקים בין תוכנות, אנו נדרשים להעביר את מספר ת.ז. שלך בענן מאובטח של ביה"ס.

הינך מתבקש לחתום על הסכמה להעברת נתונים רגישים בענן מאובטח והסכמה או אי הסכמה להשתתפות בצילומים לצרכי פרסום ביה"ס לסיוד שמיר (אסף הרופא).

אני הח"מ:

☐ מאשר העברת נתונים רגישים בענן מאובטח

☐ מאשר / ☐ לא מאשר להשתתף בצילומים לצרכי פרסום.

שם מלא	מס' ת.ז.
תאריך	חתימה

בברכה
הנהלת ביה"ס לסיעוד

ת.ע. 03/24

עמוד 11 מתוך 17

ט.פד 11 הרשמה על בסיסי





הצהרה על היעדר הרשעה על הטרדה מינית

לפי חוק למניעת העסקה של עברייני מין במוסד המכוון למתן שירות לקטינים התשס"ע – 2001
(http://www.nevo.co.il/law_html/Law01/247m1_001.htm)
ובכפוף להנחיות קצין הביטחון של משרד הבריאות, הנך נדרש מידי שנה להביא הצהרה בדבר היעדר
הרשעה על הטרדה מינית ממשטרת ישראל.

אני _____ ת.ז. _____

מצהיר בזאת, כי **לא** הוגשה נגדי תלונה על הטרדה מינית.

במידה והוגשה תלונה, נא פרט את סוג העבירה, נסיבותיה, מועד ביצועה והעונש שנפסק וצרף מסמך תואם
מהמשטרה:

אני מוסר מידע זה מתוך ידיעה כי הוא ישמש רק לעניין לימודי סיעוד.

חתימת המועמד _____ תאריך _____



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
MINISTRY OF HEALTH
ירושלים JERUSALEM

מינהל הסיעוד
NURSING DIVISION

תאריך:

**נוהל הצהרת העדר רישום פלילי –
מועמדים ללימודים בבתי ספר לסיעוד**

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

לענין הרישום הפלילי:
המועמד יצהיר כי ידוע לו:

1. שעפ"י תקנות בריאות העם (עוסקים בסיעוד 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 בסיעוד."

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 בחקנה 4, אם המבקש הורשע בעבירה שיש עמה קלון או שיש בה כדי להראות שהוא חסר האחריות הדרושה לעיסוק בסיעוד, וטרם חלפו עשר שנים אחרי שרצה את עונשו או אחרי שנסתיימה תקופת התנאי לפי סעיף 52(ב) לחוק העונשין, התשל"ז-1977, הכל לפי הענין ולפי המאוחר יותר, ובלבד שנותן הזדמנות למבקש לטעון טענותיו."

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 רשיון, 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. כל הרשעה פלילית תבדק גם לקראת הדיון ברישום המועמד/ת בפנקס, או שדרוגו המקצועי.
למועמד/ת תינתן זכות שימוע לפני קבלת החלטה.

חתימת המועמד

שם המועמד

נהלים-2 ש.ר.

רח' בן-טבאי 2, ירושלים 93591 ת"ד 1176, ירושלים 91010, טל: 02-6705852 פקס: 02-6787782
2, BEN TABAI ST. JERUSALEM 93591 P.O.B. 1176, JERUSALEM 91010, TEL: (02) 6705852, FAX: 972-2-6787782
internet: www.health.gov.il/nursing

ת.ע.03/24

עמוד 13 מתוך 17

ט.פד11 הרשמה על בסיסי



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
MINISTRY OF HEALTH
ירושלים JERUSALEM

מינהל הסיעוד
NURSING DIVISION

נספח

תאריך: _____

הצהרת על העדר הרשעה בעבירה פלילית

יש להקיף בעיגול את התשובה.

1. אני _____, ת.ז. _____, _____
מצהיר/ה בזאת, כי הורשעתי /לא הורשעתי אי פעם במשפט פלילי בארץ או בחו"ל.
במידה והורשעתי, 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 שתנתן 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.

חתימת המועמד _____

שם המועמד _____

רח' בן-טבאי 2, ירושלים 93591 ת"ד 1176, ירושלים 91010, טל: 02-6705852 פקס: 02-6787782
2, BEN TABAI ST. JERUSALEM 93591 P.O.B. 1176, JERUSALEM 91010, TEL: (02) 6705852, FAX: 972-2-6787782
internet: www.health.gov.il/nursing

ת.ע. 03/24

עמוד 14 מתוך 17

ט.פד11 הרשמה על בסיסי





טופס התחייבות לקבלת חיסונים

במטרה להבטיח את בריאותך במהלך הלימודים ובכפוף להנחיות משרד-הבריאות, הינך נדרש לבצע את החיסונים שנקבעו ע"י משרד-הבריאות.

לא ניתן להתחיל התנסות קלינית ללא אישור חיסונים מלשכת הבריאות. משתלם שלא יתחיל התנסות במועד, לימודיו יתעכבו.

שם	מס' ת.ז.
חתימה	תאריך

ת.ע.03/24

עמוד 15 מתוך 17

ט.פד11הרשמה על בסיסי



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\12 פקס: 08-9542449
E-mail: nurseschool@shamir.gov.il אתר ביה"ס: <https://shamirschool.org.il>



תו חסי-לאיכות מוגדרת



הדרכה לחיסונים לסטודנטים למקצועות הבריאות

שלום רב,

נוהל **חיסון תלמידי מקצועות הבריאות ועובדי מערכת הבריאות** מגדיר את תכנית החיסונים המחייבת סטודנטים למקצועות הבריאות. במהלך לימודיכם, אתם עלולים להידבק ולהדביק את מטופליכם במחוללי מחלות מדבקות קשות. לאור זאת, קבע משרד הבריאות שעליכם להיות מחוסנים נגד מחלות אשר נגדם קיים חיסון בטוח ויעיל.

על כל תלמיד להציג אישור חיסונים **עדכני לשנת הלימודים** עד תחילת ההתנסות הקלינית.

לא ניתן להתחיל התנסות קלינית ללא אישור חיסונים מלשכת הבריאות. משתלם שלא יתחיל התנסות במועד, לימודיו יתעכבו.

ניתן לקבל את החיסונים בלשכת הבריאות ו/או במסגרת מרפאות לחו"ל, אך את האישור הסופי (טופס ג') ניתן לקבל רק דרך מרפאת החיסונים של לשכת הבריאות. לשם כך יש לתאם מראש תור במרפאת החיסונים באחת מלשכות הבריאות בארץ (פרטים בתחתית דף המידע). רשימת החיסונים הנכללים בחוזר נמצאת בקישור הבא:

https://www.health.gov.il/Subjects/vaccines/Pages/health_students_vaccines.aspx

במידה ואין תיעוד של חיסוני ילדות, או שיש צורך בקבלת חיסונים נוספים, החיסון ניתן בלשכת הבריאות / מרפאת חיסוני עובדים בבתי החולים ובקופות. תעריף החיסונים בלשכת הבריאות הינו לפי תעריף מרפאות היוצאים לחו"ל בתוספת אגרת רישום בפנקס חיסונים ודמי הרכבה. (ניתן למצוא את התעריפים באתר של משרד הבריאות תחת – חיסונים).

לפני הגעה ללשכת הבריאות יש לבצע תבחין טוברקולין- מנטו- בנוסף לעיל עליכם להציג תוצאות תבחין טוברקולין בשיטת מנטו בשני שלבים. אין הגבלת זמן מבחינת תוצאות המנטו אבל זה חייב להיות בשיטת השני שלבים- two step. הבדיקה הינה בתשלום!

לביצוע התבחין, יש לפנות לאחת המרפאות האזורית לשחפת (מלש"ח) מתוך הרשימה בעמוד הבא.

רשימת לשכות הבריאות בארץ: <https://www.health.gov.il/UnitsOffice/LB/Pages/default.aspx> בסוף התהליך תקבלו בלשכת הבריאות העתק של הגיליון ואישור חתום (חלק ג'). עותק מהאישור החתום יש להעביר אל מזכירות הסטודנטים. מומלץ לשמור על הגיליון מהלשכה כולל האישור המקורי כי יתכן ותצטרכו אותו בהמשך דרככם המקצועית.

בברכת הצלחה
ביה"ס לסיעוד שמיר



מרכזים לאבחון וטיפול בשחפת (מלש"חים)

ישוב	כתובת	טלפון	פקס
אשקלון	מרפאת חוץ - בית חולים ברזילי, רח' ההסתדרות 1	08-6745465	08-6745473
באר שבע	רחוב רמב"ם 2 בית רקיעים קומה 3	08-6233710	08-6284619
חדרה	רחוב בוטקובסקי 25	04-6222389	04-6247703
חיפה	רחוב הגפן 44	04-8137300	04-8552933
ירושלים	מרכז רוקח, רחוב שרי ישראל 5	02-5017555	02-5385697
נהריה	מרפאות חוץ, בית החולים נהריה (ת.ד. 21)	04-9107029 04-9107523	04-9107239
נצרת	בית החולים האנגלי, רחוב פאולוס השישי 25	04-6028819	04-6028857
רחובות	רחוב אהרונים 32	08-9468677	08-9468645
חולון	רחוב הלוחמים 53 קומה א'	03-6291814	03-6201830

- מספרי הטלפון ושעות הפעילות עשויים להשתנות מעת לעת. מומלץ לברר לפני ההגעה למקום.
- לשאלות ובירורים בלבד ניתן לפנות גם לאחת מלשכות הבריאות הממשלתיות הפרוסות ברחבי