

מאי 2026

מסלול הסבת אקדמאים לתעודת אח/ות מוסמך/ת - מס' 39 **חותאט באיווח? אפצלי אפחות ואנשיט צופדיט** מועד פתיחת שנה"ל: 18/10/2026

ביה"ס האקדמי לאֶחֶיּוֹת ע"ש דר' י. זיידה שמח להודיע על פתיחת מסלול הסבת אקדמאים לתעודת אח/ות מוסמך/ת, מס' 39 מחזור 2026-2029 המיועד לאקדמאים מכל תחום שהוא. עמידה בהצלחה בבחינה ממשלתית מקנה תעודה של אח/ות מוסמך/ת אקדמאית.

מקום הלימודים:

הלימודים התאורטיים יתקיימו בביה"ס האקדמי לאֶחֶיּוֹת ע"ש ד"ר י. זיידה ליד המרכז הרפואי בני ציון, רח' גולומב 58 חיפה. ההתנסויות הקליניות, תתקיימנה במספר בתי חולים, מרפאות קופת חולים ותחנות בריאות הציבור.

מתכונת הלימודים:

- משך הלימודים - 3 שנים.
- ימי לימוד - 3 ימי לימוד בשבוע: 2 ימי לימוד: **אמצ"ש** - 8:30-17:00
יום ו' - 8:30-14:00
- התנסויות קליניות - התנסויות קליניות יתקיימו בין השעות 07:00-15:00 או התנסות ערב 15:00-23:00 או התנסות לילה מ- 23:00-07:00. ייתכנו התנסויות קליניות גם בסופ"ש וחגים.

תנאי הרשמה:

- השכלה – אחד מהבאים:
 - א. תואר אקדמי הנלמד בישראל ומאושר ע"י משרד החינוך בישראל.
 - ב. תואר אקדמאי הנלמד בחו"ל מאושר ומוכר ע"י משרד החינוך בישראל.
- ראיון קבלה אישי - בתיאום מראש.
- תשלום דמי הרשמה 300 ₪. ניתן לשלם במקום בכרטיס אשראי ו/או במזומן בדואר. דמי ההרשמה אינם מוחזרים במקרה של אי קבלה ללימודים או ביטול הרשמה.

מועד התחלת הרשמה: 11/5/2026

מועד סיום הרשמה: 01/10/2026

קבלת קהל בימים א'-ה' בין השעות 08:00-13:00

שכר לימוד:

עלות הקורס הקודם היתה - 25,096 ₪, לכל תכנית הלימודים. במידה ויחול שינוי - נעדכן.

מלגות:

- ניתן לחתום על הלוואה עומדת בגובה 50% משכר הלימוד שאין צורך להחזירה במידה ומתחייבים לעבודה במרכז רפואי ממשלתי בתום הלימודים.
- מלגת מפעל הפיס. פרטים נוספים יימסרו במפגש ההיכרות.

תנאים להגשה למבחן רישוי ממשלתי:

1. סיום תכנית הלימודים.
2. עמידה בהצלחה בכל דרישות התכנית.
3. סיום תשלום שכר הלימוד.
4. עמידה בדרישות להרשמה למבחן ההסמכה בסיעוד.
5. תשלום אגרות למשרד הבריאות עבור הבחינה וקבלת התעודה.

WWW.NURSES.CO.IL ניתן להוריד את ערכת ההרשמה באתר ביה"ס בכתובת: **או לקבל ערכת הרשמה במזכירות ביה"ס אקדמי לאחיות רחוב גולומב 58 חיפה, בימים א-ה בשעות 08:00-13:00. מספרי טלפון ליצירת קשר: 04-8359717 04-8359711**

הליך ההרשמה לאחר מילוי ערכת רישום: יש להגיע עם המסמכים הבאים (מקור + צילום)

- א. תעודת השכלה. (תעודה המעידה על תואר מוכר בארץ / אישור ממשרד החינוך על הכרה בתואר).
- ב. תעודת זהות (הספח עם הפרטים והספח עם התמונה).
- ג. אישור אזרחות ישראלית (במידה ולא מופיע בתעודת הזהות).
- ד. מסמך המעיד על שינוי שם (במידה ולא מופיע בתעודת הזהות).
- ה. תמונת פספורט - יש לציין בגב התמונה שם פרטי ומשפחה.

*** יובהר כי אין בהרשמה אישור על קבלה ללימודים.**

*** הקבלה ללימודים נקבעת על פי קריטריונים המוגדרים מראש על ידי הנהלת ביה"ס אקדמי לאחיות.**

*** התחלת הלימודים מותנית בהצגת מסמכים מקוריים (תעודות השכלה, תעודת זהות וכיוב').**

*** פתיחת תכנית הלימודים מותנית במספר הנרשמים.**

הרשמה למועמד/ת לביה"ס האקדמי לאֶחִיות
לקורס הסבת אקדמאים לתעודת אח/ות מוסמך/ת מס' 39
נא למלא את השאלון בכתב יד קריא, ברור ומדויק

1. פרטים אישיים

שם משפחה ופרטי בעברית (כפי שמופיע בת"ז): _____

שם משפחה ופרטי **באנגלית**: _____

מספר ת"ז (כולל ביקורת): _____

מין: ז / נ

תאריך לידה: _____; ארץ לידה: _____; תאריך עליה לארץ: _____

שם האב: _____

מצב משפחתי: רווק / נשוי / גרוש / אלמן / אחר: _____; מספר ילדים: _____

שם משפחה לפני הנישואים: _____

כתובת מגורים: _____

מס' תיבת דואר: _____

כתובת E-MAIL (נא לרשום בכתב ברור ולא מחובר): _____@_____

מס' נייד אישי: _____

מס' טלפון למקרה חירום: _____

סמן בעיגול את המתאים:

אזרחות ישראלית / תושב קבע עד תאריך _____ / תושב ארעי עד תאריך _____ / אחר

תעודה אקדמאית (סמן בעיגול את המתאים)

תואר ראשון / שני / אישור ממשרד החינוך על הכרה בתואר בארץ

תחום התואר: _____; שם מוסד הלימודים: _____

2. **לימודים קודמים בסיעוד (סמן בעיגול את המתאים)** כן / לא שם המוסד: _____

3. האם נרשמת בעבר לבית ספר אקדמי לאֶחִיות ע"ש ד"ר י. זיידה **(סמן בעיגול את המתאים)** כן / לא.

מועד רישום: _____

התקבלת ללימודים **(סמן בעיגול את המתאים)** כן / לא

הנני מצהיר שכל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ומלאים.

תאריך: _____; חתימה: _____



נספח 2

כתב התחייבות לתשלום שכר לימוד עבור תכנית לימודים האגפיות

חלק א' - פרטים אישיים

שם _____ ת.ז. _____

כתובת _____ טלפון סלולארי _____

טלפון נוסף _____ כתובת דוא"ל _____

לומד/ת בתכנית _____ הסבת אקדמאים – מס' 39 מועד פתיחה 18/10/2026 מועד סיום 10/2029

בב"ס לאגפיות _____ ע"ש ד"ר י. זיידה ליד המרכז הרפואי בני ציון, חיפה

חלק ב' – מהות ההתחייבות

אני מצהירה ומתחייבת בזאת כדלהלן:

1. שכר הלימוד בו אני מתחייבת לעמוד הוא בגובה של 25,096.- ₪.
2. ידוע לי שאני מחויב לשלם שכר לימוד כפי שאדרש בהתאם לכללי משרד הבריאות ותקנון בית הספר לאגפיות.
3. ידועים לי הכללים והתנאים לתשלום שכר הלימוד בתכנית בה אני משתתף ואני מתחייבת לנהוג על פיהם.
4. ידוע לי שחתימתי על גבי הטופס מהווה התחייבות מצדי לתשלום שכר הלימוד כפי שאדרש.
5. ידוע לי כי במידה ויופסקו לימודי, תהא הסיבה לכך אשר תהא, ייגבה ממני שכר הלימוד באופן יחסי בהתאם לתאריך בו הודיע לי בית הספר על הפסקת לימודי או לחילופין המועד בו התקבל מכתב בחתימתי המודיע למנהלת בית הספר על החלטתי להפסיק לימודים.
6. ידוע לי שלא אהיה זכאי לכל אישור או תעודה כול עוד לא השלמתי שכר לימוד כנדרש.
7. ידוע לי שאם לא אשלם את שכר הלימוד כפי שאדרש אהיה מחויב גם בריבית והצמדה למדד, כנהוג במשרד.
8. ידוע לי שאם לא אעמוד בתנאים ובכללים הנדרשים לתשלום שכר הלימוד, רשאי בית הספר להפסיק לימודי לאלתר, ללא התראה נוספת.

חתימת התלמיד _____ תאריך החתימה _____

לכבוד

הנהלת ביה"ס האקדמי לאֶחִיּוֹת ע"ש ד"ר י. זיידה, ליד מרכז רפואי בציון חיפה

תצהיר בדבר לימודים קודמים

חובה לפרט את כל מוסדות הלימוד הקודמים .

אני _____ ת.ז מס' _____

החתום/ה מטה, מצהיר/ה בזה, כי :

לא למדתי בעבר לימודי אחיות

למדתי בעבר לימודי אחיות, במסלול _____ בשנת _____

בביה"ס לאחיות : 1. _____ 2. _____ 3. _____

סיבת הפסקת לימודי _____

האם בעבר חתמת על מלגת לימודים ממנהל האֶחִיּוֹת כן / לא (הקף בעיגול) .

פרט : _____

האם יש לך חובות כספיים במשרד הבריאות עקב לימודים קודמים כן / לא (הקף בעיגול) .

פרט : _____

אני הח"מ מצהיר / ה בזאת על ויתור סודיות לשם העברת מידע אודות לימודי אחיות

קודמים, לביה"ס האקדמי לאֶחִיּוֹת ע"ש ד"ר י. זיידה ליד המרכז הרפואי בני ציון.

חתימה

שם מלא

תאריך

נספח מס' 4

כתב ויתור סודיות ושמירת סודיות

נא למלא בכתב יד קריא, ברור ומדויק.

אני הח"מ _____ ת.ז. _____,

מצהיר/ה בזאת על ויתור סודיות לבאים:

1. במידת הצורך מסכים/מה להעביר את כל המסמכים הנוגעים בענייני **למנהל האֶחִיּוֹת במשרד הבריאות**.

מאשר/ת / לא מאשר/ת

2. מצהיר/ה בזאת על ויתור סודיות ומבקש/ת להעביר את כל המסמכים הנוגעים בענייני לבית הספר האקדמי לאֶחִיּוֹת ע"ש ד"ר י. זיידה ליד המרכז הרפואי בני ציון, חיפה.

מאשר/ת / לא מאשר/ת

3. מצהיר/ה ומסכים/ה להעברת מידע ומסמכים הנוגעים בענייני לכל הנוגעים בדבר בצוות בית הספר האקדמי לאֶחִיּוֹת (הנהלה, מרכזות קורסים/מחזורים, צוות הוראה ו/או הדרכה קלינית)

מאשר/ת / לא מאשר/ת

4. מאשר/ת בזאת להנהלת המוסד האקדמי (המוסד בו למדת) אוני/מכללה: _____
לאמת את התואר האקדמי/זכאות לתואר שהוענקה על ידכם או כל תעודה אחרת שהצגתי, לביה"ס לאֶחִיּוֹת בני ציון, חיפה.

מאשר/ת / לא מאשר/ת

5. מתחייב/ת בזאת לשמור בסודיות מוחלטת על כל מידע ו/או סוד מקצועי שיגיעו אלי במהלך לימודי בביה"ס האקדמי לאֶחִיּוֹת ע"ש דר' זיידה. הנני מתחייב/ת 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 אקדמי לאֶחִיּוֹת.

מאשר/ת / לא מאשר/ת

6. ידוע לי כי המוסד יהיה רשאי להשתמש במידע אישי ו/או נתונים כלליים בנוגע אלי לצורכי שיווק, פילוח ואיתור קהלי יעד להרשמה ללימודי אחיות. מובהר כי הסכמה זו אינה כוללת פנייה אליי, ולא אקבל הודעות, פרסומים או פניות אישיות בכל אמצעי תקשורת.

מאשר/ת / לא מאשר/ת

תאריך: _____ על החתום _____

טופס ויתור סודיות

מיועד רק לבעלי אישור ממשרד החינוך על תואר מחו"ל

נותן בזאת רשות לגף להערכת תארים למסור לביה"ס אקדמי לאחיות בני ציון את הפרטים הנוגעים לאישור שקילת תעודה לתואר _____ ובכל אופן שידרוש המבקש אודות התעודה.

אני משחרר את רשות לגף להערכת תארים משמירת סודיות, וחובת ההגנה על פרטיותי בכל הנוגע לאימות התעודה או מידע כאמור ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש.

ובזאת באתי על החתום :

שם : _____

ת.ז. : _____

חתימה : _____

תאריך : _____

התחייבות לשמירת סודיות טופס הצהרת שמירה על סודיות והנחיות אבטחת מידע

אני החתום מטה, _____, ת.ז. _____,
(שם פרטי ושם משפחה)

מתחייב בזאת:

1. לשמור בסוד ולא להעביר, לא להודיע, לא למסור ו/או לא להביא לידיעת כל אדם, כל ידיעה וכל מידע, אשר יגיעו לידיעתי בתקופת לימודי/התמחותי במרכז הרפואי בני ציון מטעם אוניברסיטת/מכללה, או לאחר מכן.
2. התחייבותי זו חלה לגבי כל סוגי המידע, בין אם יגיעו לידיעתי בתוקף לימודי/התמחותי כאמור ובין אם יגיעו לידיעתי בכל דרך אחרת.
3. ומבלי לפגוע בכלליות האמור בסעיף 1 לעיל, הנני מתחייב כי במשך תקופת לימודי/התמחותי או לאחר מכן ללא הגבלת זמן לא אגלה לכל אדם או גוף, לא אפרסם וכן לא אוציא מחזקתי את המידע ו/או כל חומר כתוב אחר ו/או כל חפץ או דבר, בין ישיר ובין עקיף, לצד כל שהוא, לרבות מידע אודות הנבדקים ושוהים אחרים בבית החולים.
4. כמו כן, אני מתחייב כי אם אקבל רשות להשתמש במאגרי המידע של בית החולים, אעשה זאת אך ורק לצורך לימודי/התמחותי בבית החולים, ובהסכמה מפורשת בכתב מטעמו. אני מתחייב לפעול בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות והוראות כל חוק הנוגע לעניין.
5. אני מצהיר בזה שידוע לי, כי אי מילוי התחייבויותי הנ"ל מהווה עבירה פלילית מכוח חוק העונשין, התשל"ז - 1977 וחוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וכן חוקים אחרים לפי סוג המידע, וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק בגין אי מילוי התחייבויותי.
6. אני מתחייב שלא להשאיר חומר של בית החולים ברכב חונה ו/או להוציא אותו לביתי, אלא לאחר יידוע וקבלת אישור ממנהל אבטחת המידע בבית החולים מראש ובכתב.
7. אני מתחייב לא להעביר מידע או כל חלק ממנו, בכל צורה או אופן, בין במישרין ובין בעקיפין, אל צד שלישי כלשהו, לרבות גורמים ו/או מועסקים של אוניברסיטה/מכללה אשר אינם משולבים בלימודי/התמחותי, לרבות מידע המגיע בפקס, מסמכים, קלטות, מחשבים ניידים, מדיה מגנטית או אופטית.
8. אני מתחייב בזאת שלא לקחת מבית החולים ו/או לעיין ו/או לצלם ו/או לשכפל מדיה מגנטית או מסמכים הנמצאים על שולחנות עובדי בית החולים, בעמדות העבודה או בכל שטח אחר בבית החולים, זאת למעט מידע כמתואר שיינתן לי במסגרת ולצורך לימודי/התמחותי מגורמי בית החולים.
9. אני מתחייב שלא לעשות כל שימוש במחשבי בית החולים אלא אם ניתן לכך אישור מפורש ומראש מהגורם האחראי בבית החולים ו/או ממונה על אבטחת מידע בבית החולים. השימוש יעשה לצורך שאושר, וזאת בלבד.
10. אני מתחייב שלא להכניס למחשבי בית החולים כל אמצעי זיכרון נתיק, כגון Disk-on-Key או דיסק וכן כל התקן USB באשר הוא.

תאריך _____
חתימת המצהיר _____

הצהרה על מצב בריאות של מועמד לבית ספר אקדמי לאחיות

שם: _____ מספר ת.ז.: _____

הריני מצהיר/ה בזה כי אינני סובל/ת ולא סבלתי ממחלה מסכנת*, לרבות ממחלת נפש העלולה לסכן את בריאות הציבור שבטיפול או העלולה לשלול ממני את היכולת לעסוק בסיעוד לחלוטין, זמנית או חלקית.

אני סובל/ת ממחלה מסכנת*, אנא פרטי: _____

*הסבר בדבר מחלה "מסכנת"

מחלה מסכנת לפי תקנות בריאות העם (צוות סיעודי מרפאות התשמ"א – 1981) הוא אחד מן המצבים המפורטים כדלקמן:

- מחלת נפש.
- מחלה העשויה לסכן בריאות בני-אדם שבטיפולו של המוכשר לעסוק בסיעוד.
- מחלה או כושר לקוי, העשוי לשלול מהמועמד את היכולת לעסוק בסיעוד לחלוטין, זמנית או חלקית.

הערות (באם קיימות):

דיווח על בעיית בריאות/מגבלה פיזית

הנני מצהיר/ה בזאת שהובא לידיעתי:

1. שבאחריותי האישית לדווח למרכזת המחזור ולמדריכה הקלינית על בעיית בריאות ו/או מגבלה פיזית (לרבות נשאות של מחלות ו/או ליקויי ראייה וכיו"ב).

2. שידוע לי שביה"ס אקדמי לאחיות יידע את המדריכה הקלינית על בעיית בריאות קיימת או שהתפתחה במהלך הלימודים.

חתימה

תאריך

ת.ז.

שם המועמד/ת

התחייבות להתחסן על-פי תכנית החיסונים של משרד הבריאות

(סימוכין: חוזר משרד הבריאות מס': 8/2016)

תלמידי מקצועות הבריאות ועובדי מערכת הבריאות עלולים עקב עיסוקם להדבק ממטופליהם במחוללי מחלות מדבקות קשות. הם גם עלולים להדביק במחוללים אלו את מטופליהם. לכן קובע משרד הבריאות שעליהם להיות מחוסנים נגד המחלות הקשות החשובות אשר נגדן קיים חיסון בטוח ויעיל.

אחריות תלמידי מקצועות הבריאות

התלמידים אחראים על קבלת החיסונים וביצוע הבדיקות ומימונם. על התלמיד לתאם מראש תור במרפאת החיסונים. תעריף החיסונים בלשכות הבריאות הנו תעריף מרפאות חיסונים בתוספת אגרת רישום בפנקס חיסונים ודמי הרכבה.

על התלמיד להציג לפני תחילת ההתנסות הקלינית אישור על קבלת תכנית החיסונים.

חיסונים הנכללים בחוזר

- שיתוק ילדים (פוליו)
- טטנוס ודיפתריה
- שעלת
- חצבת, חזרת ואדמת
- אבעבועות רוח
- דלקת כבד נגיפית B וביצוע בדיקת נוגדנים מסוג anti HBs לאחר השלמת סדרת החיסונים.
- שפעת- מתן החיסון נגד שפעת מוסדר בחוזר מינהל הרפואה היוצא לקראת כל חורף.
- תבחין טוברקולין בשיטת מנטו בשני שלבים.
- חיסונים הנדרשים מעת לעת כגון חיסון קורונה

קישור לחוזר מנכ"ל משרד הבריאות - https://www.health.gov.il/hozar/mk08_2016.pdf

מתן החיסונים

מרפאות לשכות הבריאות, מרפאות לרפואה תעסוקתית של קופות החולים, מרפאות פרסונל ומרפאות למחלות זיהומיות בבתי החולים הכלליים מתאימות במיוחד להפעיל מרפאת חיסון עבור עובדי מערכת הבריאות ותלמידי מקצועות הבריאות.

מתן אישור לאחר השלמת מתן החיסונים

בהתאם לתכנית ובמקרים הנדרשים גם קריאת תוצאות תבחין טוברקולין, תוצאות צילום חזה, בדיקת נוגדנים - anti HBs ו anti HBc ובדיקת HBsAg יחתום עובד מרפאת החיסונים על חלק ג' של נספח 1, לאישור השלמת תכנית החיסונים והבדיקות שעל עובד מערכת הבריאות או תלמיד מקצועות הבריאות לקבל.

הנני מצהיר בזאת:

1. שהובאה לידיעתי הדרישה לקבל חיסונים על-פי התכנית של משרד הבריאות וכתנאי להשתלבות בתכנית הלימודים.
2. הנני מתחייב לקבל את החיסונים ולבצע את כל הבדיקות הנדרשות ע"י משרד הבריאות.
3. ידוע לי שעלי להתחיל בתכנית החיסון, בצמוד למועד התחלת הלימודים.

תאריך

חתימת המועמד

שם המועמד

הצהרה - "אישור בגיר"

הריני להצהיר בזאת, שנמסר לי בטרם קבלתי ללימודי אֶחֶיּוֹת בביה"ס אקדמי לאֶחֶיּוֹת ליד ביה"ח בני-ציון, כי המוסדות שבהם מתקיימות ההתנסויות הקליניות, מתנים קבלתם של סטודנטים להתנסות, בהצגת "אישור בגיר", על-פי "חוק מניעת העסקה של עברייני מין" (לגברים בלבד) ואישור העדר עבירות אלימות כלפי חסר ישע על פי "החוק למניעת העסקה במוסדות מסוימים של מי שהורשע באלימות כלפי ילדים וחסרי ישע תשפ"ג 2023. כמו כן הובהר לי, כי עמידה בהצלחה בכל ההתנסויות הקליניות הנדרשות בתכנית הליבה של הכשרת אחים ואחיות, מהווה תנאי להגשה לבחינת ההסמכה הממשלתית וזכאות לרישיון לעסוק באֶחֶיּוֹת .

ובזאת באתי על החתום :

שם מלא : _____

ת.ז. : _____

חתימה : _____

-12-

נספח מס' 9

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר:

- כי כל הפרטים שמסרתי בכל מסמכי ההרשמה נכונים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים עשויה לגרור אחריה את הפסקת לימודי בביה"ס אקדמי לאֶחִיּוֹת לאלתר.
- כי הובהר לי בעל-פה ובכתב ע"י מזכירות ביה"ס אקדמי לאֶחִיּוֹת ו/או מי מטעמה, כי אין בהרשמה אישור על קבלה ללימודים. עוד הובהר לי בעל-פה ובכתב, כי הקבלה ללימודים נקבעת על-ידי הנהלת בית ספר אקדמי לאֶחִיּוֹת על פי קריטריונים המוגדרים מראש וכי דמי ההרשמה אינם מוחזרים במקרה של אי קבלה ללימודים או ביטול ההרשמה.

ובזאת באתי על החתום:

שם: _____

מס' ת.ז.: _____

תאריך: _____