



**אגף רפואה כללית**  
**רישוי ופיקוח אמבולנסים**

**הכשרת חובשי רפואת חירום – נהגי אמבולנס**  
**מוסד מכשיר**

**תמונת**  
**פספורט**  
**X 2**

**לכבוד**  
**גב' קטיה קיל**  
**מנהלת תחום פיקוח ורישוי אמבולנסים**  
**ירמיהו 39, ירושלים**

תאריך: \_\_\_\_\_

**טופס בקשה לקיום מסלול הכשרת חובשי רפואת חירום-נהגי אמבולנס**

**פרטי בעלי התאגיד:**

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.

**פרטי החברה/תאגיד:**

שם החברה/תאגיד	מס' ת.ז.ח.פ./רשם חברות	בעלות	סוג הישות משפטית

טלפון	פקס	נייד	E-MAIL

**כתובת החברה:**

עיר	רחוב	מספר	מיקוד

**כתובת ומקום ההדרכה:**

עיר	רחוב	מספר	מיקוד



**אגף רפואה כללית**  
**רישוי ופיקוח אמבולנסים**

**הכשרת חובשי רפואת חירום – נהגי אמבולנס**  
**מוסד מכשיר**

**תיאור מפורט של המסגרת הפיזית שבה תתקיים ההדרכה:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**פרטי סגל ההדרכה, כולל רופא:**

תפקיד	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	מ.ר.	תוקף רישיון נהיגה באמבולנס	מועד הכשרה / ריענון / אחרון
מנהל המוסד בו מתקיימת ההכשרה						
מנהל רפואי של הקורס						
מדריך ראשי						
מדריך קורס						
מדריך קורס						
מדריך קורס						
מדריך קורס						

אגף רפואה כללית  
רישוי ופיקוח אמבולנסים

הכשרת חובשי רפואת חירום – נהגי אמבולנס  
מוסד מכשיר

**תעודות ומסמכים מצורפים:**

1. קורות חיים של המבקש לקיים את ההכשרה.
2. צילום תעודת זהות של המבקש.
3. 2 תמונות פספורט.
4. שם הרופא האחראי והכשרתו.
5. תעודות הכשרה של סגל ההדרכה (תעודת רופא / פרמדיק)
6. יש למלא בטבלה בעמ' 2 את שמות בעלי התפקידים של סגל ההדרכה.
7. בנק שאלות המקיף את כלל הנושאים הנלמדים בקורס.
8. דוגמת מבחן קורס מסכם.
9. אישור מהמוסד הרפואי כי הוא פועל ברישיון משרד הבריאות.
10. הטפסים המצורפים בעמ' 5-10, כשהם חתומים על ידי הגורמים הרלוונטיים:
  - a. טופס המאשר קיום מסגרת להכשרת חובשי רפואת חירום במוסד נותן החסות להכשרה, חתום על ידי המנהל הרפואי של המוסד (עמ' 5);
  - b. תצהיר מנהל החברה על היותו אזרח ישראלי ועל היעדר רישום פלילי, בצירוף אישור עורך דין על התצהיר (עמ' 6);
  - c. התחייבות מנהל החברה לקיום נוהלי משרד הבריאות ולדיווח שוטף למשרד, בלויית אישור עורך דין בנוגע לחתימה על ההתחייבות (עמ' 7-8);
  - d. הצהרת המנהל הרפואי האחראי על ההכשרה לגבי אחריותו לניהול הרפואי של הקורס (עמ' 9-10).
11. בנוסף, נדרש מנהל החברה לחתום על [חוזר מנהל רפואה 30/2013](#) – בראשי תיבות בתחתית כל עמוד ובסוף החוזר בחתימה מלאה.

חתימת המבקש \_\_\_\_\_



**אגף רפואה כללית  
רישוי ופיקוח אמבולנסים**

**הכשרת חובשי רפואת חירום – נהגי אמבולנס  
מוסד מכשיר**

**אישור**

**(לשימוש המחלקה לרישוי ופיקוח אמבולנסים במשרד הבריאות)**

הריני מאשר / לא מאשר, המשך הליך ההכרה במסלול הכשרת חובשי רפואת חירום – נהגי אמבולנס.

**למען הסר ספק, אין לראות במסמך זה מתן אישור משרד הבריאות לקיום מסגרת הכרה למסלול הכשרת חובשי רפואת חירום-נהגי אמבולנס.**

חתימת המאשר \_\_\_\_\_



**אגף רפואה כללית  
רישוי ופיקוח אמבולנסים**

**הכשרת חובשי רפואת חירום – נהגי אמבולנס  
מוסד מכשיר**

**לכבוד  
גב' קטיה קיל  
מנהלת פיקוח ורישוי אמבולנסים  
משרד הבריאות**

**הנדון: קיום מסגרת הכשרת חובשי רפואת חירום**

בכפוף לחוזר מנהל רפואה מס' 30/2013 מיום 10/10/2013 שנושאו הכשרת חובשי רפואת חירום-נהג אמבולנס, הרינו לאשר קיום מסגרת הלימודים במוסדנו עפ"י תנאי חוזר המנהל כאמור.

הקורס יתקיים במוסד ע"י צוות הדרכה המוכר לנו ופועל בפיקוחנו ועומד בכל תנאי חוזר המנהל הנ"ל.

כמו כן, הרינו לאשר את קיומה של הבחינה המסכמת לחניכי הקורס במסגרתנו ובפיקוחנו.

-----  
**(הקף בעיגול את המתאים)**

חתימת מנהל רפואי כולל מס' ת.ז.  
קופ"ח/בי"ח/מוסד אקדמי

אגף רפואה כללית  
רישוי ופיקוח אמבולנסים

הכשרת חובשי רפואת חירום – נהגי אמבולנס  
מוסד מכשיר

תצהיר מנהל החברה

אני הח"מ:	שם פרטי:	שם משפחה:	ת.ז.:

כתובת:	שם החברה/עמותה/בי"ח:	טלפון:	נייד:

לאחר שהוזהרתי כי עלי לומר את האמת וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר בזה בכתב כדלהלן:

1. אני אזרח ישראלי בעל רישיון לשיבת קבע בישראל.
2. אני מצהיר כי לא הורשעתי בעבירה פלילית ואין כתב אישום תלוי ועומד כנגד עבירה שיש עימה קלון.

תאריך	חתימה

אישור עו"ד

אני הח"מ, עו"ד \_\_\_\_\_ מ \_\_\_\_\_ מאשר בזאת כי בתאריך \_\_\_\_\_ הופיע בפני מר/גב' \_\_\_\_\_ המוכר לי אישית ולאחר שהזהרתיו כי עליו לומר את האמת וכי יהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה כן חתם בפני תצהירו זה.

תאריך	חתימה	חותמת	טלפון	נייד

אגף רפואה כללית  
רישוי ופיקוח אמבולנסים

הכשרת חובשי רפואת חירום – נהגי אמבולנס  
מוסד מכשיר

התחייבות מנהל החברה

אני הח"מ:	שם פרטי:	שם משפחה:	ת.ז.:

כתובת:	שם החברה/בי"ח:	טלפון:	נייד:

מתחייב בזה כדלקמן:

1. לקיים את כל התנאים המפורטים בחוזר מנהל רפואה מס' 30/2013, בנושא הכשרת חובשי רפואת חירום – נהגי אמבולנס.
2. לאייש את תפקידי הניהול וההוראה של הקורס במנהל רפואי, מדריך ראשי אחראי ומדריכי הקורס עפ"י הקריטריונים המפורטים בחוזר הנ"ל.
3. להעביר דיווח אחת לשנה למחלקת רישוי ופיקוח אמבולנסים ובו רשימת כוח האדם העדכנית בקורס (כולל סגל ההוראה) וכן רשימת החניכים שהוסמכו ע"י המוסד.
4. לאחר שקראתי והבנתי את הנהלים, אני מתחייב למלא אחר כל ההוראות והדרישות המפורטות בהם.
5. למלא אחר התנאים, הדרישות, ההוראות וההנחיות שיצאו בחוזרים מעת לעת על ידי משרד הבריאות בנושא הכשרת חובשי רפואת חירום – נהגי אמבולנס.



**אגף רפואה כללית  
רישוי ופיקוח אמבולנסים**

**הכשרת חובשי רפואת חירום – נהגי אמבולנס  
מוסד מכשיר**

**ולראיה באתי על החתום**

חותמת	חתימה	תאריך

הנני מאשר בזה כי ביום \_\_\_\_\_ הופיע בפני עורך דין \_\_\_\_\_  
במשרדי ברחוב \_\_\_\_\_ מר/גב' \_\_\_\_\_  
שזיהה עצמו על ידי תעודת זהות מס' \_\_\_\_\_ המוכר לי באופן אישי  
ואחרי שהזהרתיו כי עליו להצהיר את האמת וכי יהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק  
אם לא יעשה כן, אישר את נכונות הצהרתו הנ"ל  
וחתם עליה.

חותמת	עורך דין	חתימה

אגף רפואה כללית  
רישוי ופיקוח אמבולנסים

הכשרת חובשי רפואת חירום – נהגי אמבולנס  
מוסד מכשיר

לכבוד  
משרד הבריאות  
הממונה על רישוי אמבולנסים

הנדון: הצהרה הרופא האחראי  
במוסד המכשיר חובש רפואת חירום-נהגי אמבולנס

אני ד"ר:	שם פרטי:	שם משפחה:	ת.ז.:

כתובת:	טלפון:	נייד:

מצהיר בזאת שאני מקבל על עצמי את האחריות על הניהול הרפואי של חב' אמבולנסים הר"מ:

שם החברה	כתובת:	הבעלים של החברה:

אחריות זו כוללת:

1. הכרת הקריטריונים והתנאים של משרד הבריאות כמפורט בחוזר מס' 30/2013, שנושאו הכשרת חובש רפואת חירום-נהג אמבולנס.
2. פיקוח על תכנית ההכשרה, החל מקבלת החניכים (ועדת קבלה), העברת הרצאות מקצועיות עפ"י הסילבוס, בקרה על בחינות החניכים בכל שלבי הקורס ותיעודם.
3. אחריות לתקינות הציוד הרפואי המשמש להדרכה, כולל תוקף תפוגה.
4. נוכחות בעת ביקורים יזומים של משרד הבריאות בחברה.

**אגף רפואה כללית**  
**רישוי ופיקוח אמבולנסים**

**הכשרת חובשי רפואת חירום – נהגי אמבולנס**  
**מוסד מכשיר**

5. קיום השתלמויות לסגל ההדרכה מעת לעת ולא יאוחר מאשר אחת לחצי שנה.

6. טיפול ודיווח באירועים חריגים.

7. על הרופא/ה האחראי/ת לדווח לממונה על רישוי ופיקוח אמבולנסים במשרד הבריאות, דיווח תקופתי מדי חצי שנה בנושא הפיקוח המבוצע על ידו בכל הנושאים המצוינים לעיל.

8. הריני מעביר לכם את האישורים הבאים:

צילום תעודות סיום קורסים: PALS, PHTLS, ACLS.  
צילום רישיון לעסוק ברפואה בתוקף  
צילום אישורי התמחות / מומחיות

שם הרופא האחראי:	מס' רישיון לעסוק ברפואה:	מס' רישיון מומחה:	ת.ז.:

תאריך:	חתימה:	חותמת: