

טופס אישור רפואי לצורך קביעת התאמות

תאריך ___/___/___

חלק א' למילוי ע"י הסטודנט/ית:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מספר ת.ז.: _____
טלפון: _____ כתובת מייל: _____
חוג לימודים: _____ שנה: _____

ויתור סודיות:

אני הח"מ: _____, נותן בזאת לד"ר: _____
למסור למרכז הנרייטה סאלד "אתגרים" במכללה האקדמית הדסה ירושלים, את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובכל אופן שידרוש המבקש על מצב בריאותי או שיקומי או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או אני חולה בה כיום, או כל מידע אחר.
אני משחררת את ד"ר _____ ואת מרכז הנרייטה סאלד "אתגרים" משמירת סודיות רפואית, וחובת ההגנה על פרטיותי בכל הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או מחלותי או מידע כאמור, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.
חתימה: _____

חלק ב' למילוי ע"י הרופאה המטפלת:

רופאה יקרה שלום,

המידע בטופס זה משמש לצורך קבלת החלטה בדבר מתן התאמות בתנאי בחינה. אנא הפעלי שיקול דעת במילוי הטופס, וכתבי בכתב יד קריא ככל האפשר. תודה.

אבחנה (אנא כתבי אבחנה ספציפית וברורה):

האם יש מגבלה בתפקוד?

קונטראינדיקציה לכתיבה ידנית לקונטראינדיקציה להקלדה על מחשב לקושי בישיבה ממושכת

אחר: _____

האם קיימים מצבים או תנאים העלולים להחמיר את המצב הרפואי ולאו לפגוע בתפקוד האקדמי?

האם נערכה פרוצדורה ניתוחית? כן \ לא, בתאריך ___ \ ___ \ ___ :

איזה _____ ?

האם ניתן טיפול תרופתי? כן \ לא

האם לטיפול התרופתי יש תופעות לוואי שעשויות להשפיע על התפקוד האקדמי?

האם ניתנה הפנייה לטיפולים נוספים? ריפוי בעיסוק \ פיזיותרפיה \ אחר _____

(**נא לצרף סיכום טיפול והמלצות)

לכמה זמן קיימת מגבלה בתפקוד? שבועיים \ חודש \ שלושה חודשים \ שנה \ כרוני

המלצה להתאמות בתנאי בחינה

המלצה להתאמות בתנאי בחינה:

הארכת זמן

כתיבה בעזרת מחשב

יציאה לשירותים ללא הגבלה

אכילה ושתייה במהלך הבחינה

התאמת תנאי הושבה ושימוש באביזרי עזר:

אחר: _____

נמק את המלצתך:

הערות נוספות:

אמצעים ליצירת קשר לשם בירור נוסף:

טלפון: _____

דוא"ל: _____

חותמת וחתימה: _____

תודה רבה על שיתוף הפעולה,

מרכז הנרייטה סאלד "אתגרים"

טל : 02-6291910

פקס : 02-6292610

דוא"ל: inbalg@hac.ac.il