

**טופס אישור רפואי לצורך קביעת התאמות - לקות שמיעה**

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 מחלותיי 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 יקרלה 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 הסטודנטית נמצא כרגע תחת טיפולך? כן \ לא; מועד ראשוני בו פנה/תה לטיפול: \_\_\_ \ \_\_\_ \ \_\_\_

מהי דרגת איבוד השמיעה? חמורה \ בינונית \ מתונה

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

האם הסטודנטית נעזרת בטכנולוגיה? מכשיר שמיעה \ מכשיר FM \ אחר:

---

---

---

---

---

כיצד משפיעה הירידה בשמיעה על התפקוד האקדמי?

---

---

---

---

---

האם המטופלות עברה/ פרוצדורה ניתוחית? לא \ כן, בתאריך: \_\_\_ \ \_\_\_ \ \_\_\_ איזה?

---

המלצה להתאמות בתנאי בחינה:

הארכת זמן

התאמת תנאי הושבה ושימוש באביזרי עזר: \_\_\_\_\_

אחר: \_\_\_\_\_

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