

טופס אישור רפואי לצורך קביעת התאמות – מגבלה נפשית

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:

מטפלת, רופאה/יקר/ה 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 הסטודנט/ית נמצא כרגע תחת טיפולך? כן \ לא

מועד ראשוני בו פנה/תה לטיפול: ____ \ ____ \ ____

איך משפיע המצב הרפואי על התפקוד האקדמי?

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

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

האם הסטודנט/ית נעזר/ת בשירותים נוספים? טיפול פסיכולוגי / שירות שיקומי/ אחר?

האם ניתן טיפול תרופתי? כן \ לא

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

המלצה להתאמות:

הארכת זמן

חונכות אקדמית

בחינה בחדר שקט

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