

**טופס אישור רפואי לצורך קביעת התאמות - מחלה כרונית/ נויורולוגית**

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 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.

האם הסטודנט/ית נמצא כרגע תחת טיפולך? כן \ לא

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

**אבחנה (אנא כתבי אבחנה ספציפית וברורה):**

\_\_\_\_\_

האם יש מגבלה בתפקוד?

קונטראינדיקציה לכתיבה ידנית/קונטראינדיקציה להקלדה על מחשב\ קושי בישיבה ממושכת אחר:

\_\_\_\_\_

האם קיימים מצבים או תנאים העלולים להחמיר את המצב הרפואי ולא 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? חודש \ שלושה חודשים \ שנה \ כרוני

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