

## אישור לצורך התאמות לימודיות

יש להביא אישור מרופא מקצועי רלוונטי

תאריך: \_\_\_\_\_

לרופא שלום רב!

על מנת לאשר התאמות לימודיות עלינו לקבל מידע מקצועי ועדכני על הסטודנט.  
אנא מלא טופס זה בצורה הברורה ביותר.

שם המטופל: \_\_\_\_\_ תעודת זהות: \_\_\_\_\_

אבחנה: אנא כתוב אבחנה ספציפית וברורה

---

---

---

השפעה אפשרית על תפקוד אקדמי או נגישות:

---

---

---

לכמה זמן קיימת המגבלה הרפואית: האם זמנית או כרונית?  
במידה וזמנית מה הזמן המשוער?

---

---

---

האם הסטודנט עובר טיפולים שעלולים להשפיע על תפקודו האקדמי או על נגישותו?  
אם כן אנא פרט את ההשפעות.

---

---

---

האם הסטודנט נעזר בטיפול תרופתי העלול להשפיע על תפקודו האקדמי או נגישותו? אם כן אנא פרט את ההשפעות.

---

---

---

האם יש לך המלצות לפעולות שיכולות להקל על הסטודנט להתמודד עם מגבלתו בזמן הלימודים או המבחנים?

---

---

---

הערות נוספת

---

---

אמצעי ליצירת קשר לשם ברור: \_\_\_\_\_

טלפון \_\_\_\_\_

דוא"ל \_\_\_\_\_

חותמת וחתימה: \_\_\_\_\_

תודה רבה על שיתוף הפעולה,

מרכז התמיכה, מכללת הדסה

ירושלים