

טופס אישור רפואי לצורך קביעת התאמות - לקות שמיעה

תאריך ___/___/___

חלק א' למילוי ע"י הסטודנטית:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מספר ת.ז.: _____

טלפון: _____ כתובת מייל: _____

חוג לימודים: _____ שנה: _____

ויתור סודיות:

אני הח"מ: _____, נתן בזאת לד"ר: _____

למסור למרכז תמיכה אופק במכללה האקדמית להנדסה 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 תמיכה אופק 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:

חפאה 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 הסטודנטית נמצא כרגע תחת טיפולך? קן \ 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 עברו 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 ביור נוסף:

_____ טלפון:

_____ דוא"ל:

_____ חותמת וחתימה:

אמצעים ליצירת קשר לשם בירור נוסף:

מעין מרק שבו, רכזת נגישות וטכנולוגיות מסייעות

02-6588066

maayanmr@jce.ac.il

אייל קורן, יועץ המכללה וראש מזור לקידום הסטודנט

02-6588031

eyalkr@jce.ac.il