

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 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 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 הסטודנט/ית 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 הסטודנט/ית נעזרת בטכנולוגיה? מכשיר שמיעה \ מכשיר FM \ אחר:

כיצד משפיעה הירידה בשמיעה על התפקוד האקדמי?

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

בהתאם לקשיים שהצגת לעיל נא ציין את המלצתך להתאמות במבחנים ונמק:

נציין כי ההתאמות המקובלות במכללה הם: הארכת זמן, הפסקות ליציאה מוגברת לשירותים,
הקלדת הבחינה באמצעות מחשב, כיסא ושולחן מותאמים, שימוש באביזרי עזר, השמעת הבחינה
באמצעות מחשב, טופס בחינה מוגדל.

הערות נוספות:

אמצעים ליצירת קשר לשם בירור 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 מדור לקידום הסטודנט

02-6588031

eyalkr@jce.ac.il