טופס אישור רפואי לצורך קביעת התאמות - מחלה כרונית\ נוירולוגית

חלק א' למילוי ע"י הסטודנט\ית: תאריך ___/___/___

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 משחרר\ת 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 הרופא\ה המטפל\ת :

רופא\ה יקר\ה שלום,
המידע בטופס זה משמש לצורך קבלת החלטה בדבר מתן התאמות בתנאי בחינה. אנא הפעל\י שיקול דעת במילוי הטופס, וכתב\י בכתב יד קריא ככל האפשר. תודה.
האם הסטודנט\ית נמצא כרגע תחת טיפולך? כן \ לא
מועד ראשוני בו פנה\תה לטיפול: __________

אבחנה (אנא כתב\י אבחנה ספציפית וברורה):

_____
_____

האם יש מגבלה בתפקוד?

_____
_____
_____

לכמה זמן קיימת מגבלה בתפקוד ?חודש \ שלושה חודשים \ שנה , פרט:

_____
_____
_____

מה התוכנית טיפולית ? פרט:

_____
_____
_____

ניתן טיפול תרופתי? כן \ לא

האם ניתנה הפנייה לטיפולים נוספים? ריפוי בעיסוק \ פיזיותרפיה \ אחר: _____

(** נא לצרף סיכום טיפול והמלצות)

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:

שם הרופא: _____

טלפון: _____

דוא"ל: _____

חותמת וחתימה : _____

אמצעים ליצירת קשר לשם בירור נוסף:

אסיה חנימוב, רכזת נגישות
02-6591847
assiaha@jce.ac.il

מעיין מיוחס, יועצת המכללה וראש מדור לקידום הסטודנט
02-6588048
maayanme@jce.ac.il