

טופס אישור רפואי לצורך קביעת התאמות – מגבלה נפשית

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 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 :

מטפלת/ , רופא/ה יקר/ה 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 טיפול? כן \ לא

מועד ראשוני בו פנה/תה לטיפול: ____________

איך משפיע המצב הרפואי על התפקוד האקדמי?

האם קיימים מצבים או תנאים העלולים להחמיר את המצב הרפואי ולא לפגוע בתפקוד האקדמי?

לכמה זמן קיימת מגבלה בתפקוד? חודש \ שלושה חודשים \ שנה \ כרוני

האם הסטודנט/ית נעזר/ת בשירותים נוספים? טיפול פסיכולוגי / שירות שיקומי/ אחר?

האם ניתן טיפול תרופתי? כן \ לא

האם לטיפול התרופתי יש תופעות לוואי שעשויות להשפיע על התפקוד האקדמי?

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

מעין מיוחס, יועצת המכללה וראש מדור לקידום הסטודנט

02-6588048

maayanme@jce.ac.il