

תאריך: _____

חוות דעת רפואית/מקצועית

ויתור סודיות:

אני הח"מ הסטודנט: _____ ת.ז: _____
נותן בזאת לד"ר: _____ למסור לרכזת הנגישות במכללה האקדמית
אחוה את כל הפרטים הנוגעים למצבי הבריאותי או השיקומי או כל מחלה שחליתי
בה בעבר או שאני חולה בה כיום, או כל מידע אחר לשם סיוע במהלך לימודי
במכללה. בזאת, אני מוותר על שמירת סודיות רפואית וחובת ההגנה על פרטיותי
ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כל שהוא בקשר למסירת מידע כאמור.

רופא יקר שלום,

הסטודנט פנה בבקשה לקבל התאמות על רקע בעיה רפואית בתחום מומחיותך.
הואיל ומתן ההתאמות עשוי להפלות לרעה סטודנטים אחרים, אנו מקפידים מאוד
במתן התאמות.
נודה לך אם תארגן את חוות דעתך בצורה הבאה, בכתב יד קריא ככל האפשר.
אנא התייחס לקושי התפקודי הנובע מהבעיה הרפואית/לקות.

האם הסטודנט נמצא כרגע תחת טיפולך? כן/לא

מועד ראשוני בו פנה לטיפול: ____/____/____

אנמנזה קצרה ואבחנה רפואית:

**כיצד משפיעה הבעיה הרפואית / הטיפול התרופתי על תפקודו של הסטודנט
כתלמיד:**

המלצות אפשריות להתאמות בתנאי למידה והבחנות בהתאם לסוג המגבלה – נא להקיף בעיגול.

CP	לקות תקשורת	לקות רפואית	לקות פיזית	לקות נזירות	לקות נפשית	לקות ראייה	לקות שמיעה
כיתה נגישה פיזית	-	-	כיתה נגישה פיזית	-	-	שימוש במכשיר טמ"ס	השאלת מכשיר F.M אישי
הנגשת חומרי למידה	-	-	-	-	-	הנגשת חומרי למידה	כיתה עם מערכת סאונד
-	-	יציאה לשירותים ללא הגבלה	-	-	-	הגדלת טופס בחינה	-
התאמה בתנאי הושבה	התאמה בתנאי הושבה	-	התאמה בתנאי הושבה	-	-	התאמה בתנאי הושבה	התאמה בתנאי הושבה
תוספת זמן	תוספת זמן	תוספת זמן	תוספת זמן	תוספת זמן	תוספת זמן	תוספת זמן	תוספת זמן
בחינה בחדר עם מיעוט משתתפים	בחינה בחדר עם מיעוט משתתפים	-	-	בחינה בחדר עם מיעוט משתתפים	בחינה בחדר עם מיעוט משתתפים	בחינה בחדר עם מיעוט משתתפים	בחינה בחדר עם מיעוט משתתפים
הבחנות דרך מחשב	-	-	הבחנות דרך מחשב	הבחנות דרך מחשב	-	הבחנות דרך מחשב	-
-	-	-	חניה נגישה	-	-	שימוש בקורא מסך	-
הנגשת סיורים	-	-	הנגשת סיורים	-	-	הנגשת סיורים	הנגשת סיורים
אחר:	אחר:	אחר:	אחר:	אחר:	אחר:	אחר:	אחר:

שם הרופא: _____ מומחיות: _____ מרפאה: _____

טלפון: _____ מייל: _____ חתימה: _____