

## יחידת נגישות מרכז חממה

תאריך \_\_\_\_\_

### טופס אישור רפואי לצורך קביעת התאמות

חלק א' - למילוי ע"י הסטודנטית:

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז.: \_\_\_\_\_

טלפון: \_\_\_\_\_ כתובת מייל: \_\_\_\_\_

חוג לימודים: \_\_\_\_\_ שנה: \_\_\_\_\_

**ויתור סודיות (ימולא ע"י הסטודנט):**

אני הח"מ: \_\_\_\_\_, נותן בזאת לד"ר: \_\_\_\_\_ למסור ליחידת הנגישות במכללת תל-חי 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 יחידת הנגישות משמירת סודיות רפואית, וחובת ההגנה על פרטיותי בכל הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או מחלותיי או מידע כאמור, ומוותרת על סודיות זו לפי המבקש, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

חתימה: \_\_\_\_\_

**חלק ב' - למילוי ע"י הרופאה המטפלת:**

רופאה/ 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.

אנו מודים לך מראש על שיתוף הפעולה.

**האבחנה: (נא לצרף אישור המתאר את הבעיה בעברית)**

---

---

---

**מתי החלה הבעיה? והאם נעשה מעקב אחריה?**

---

---

## יחידת נגישות מרכז חממה

אבחנה זו הינה:

- כרונית
- חולפת – במידה וחולפת מתי צפוי שינוי \_\_\_\_\_
- אחר : \_\_\_\_\_

מהם ההשלכות של אבחנה זו לתהליכי למידה והיבחנות?

---

---

האם קיים קשר בין הבעיה המתוארת לבין תחום הלימוד של הסטודנט? במידה וכן, מהו?

---

---

---

בהתאם לקשיים שהצגת לעיל נא לציין את המלצתך להתאמות בבחינות ומדוע:

---

---

---

---

---

נציין כי ההתאמות המקובלות במכללה הם:

הארכת זמן, השמעת הבחינה באמצעות מחשב, התעלמות משגיאות כתיב, הפסקות להתאוררות, הפסקות ליציאה מוגברת לשירותים, הקלדת הבחינה באמצעות מחשב, טופס בחינה מוגדל.

פרטים של ממלא הטופס:

שם הרופא \_\_\_\_\_

תפקיד \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

מספר טלפון לבירורים \_\_\_\_\_

חתימה וחותמת \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

\*לתשומת לבכם - יתקבל רק טופס מקורי