

תאריך

טופס המלצה לקביעת התאמות על רקע רפואי/רגשי

חלק א' - למילוי ע"י הסטודנט/ית:

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 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.

אנו מודים לך מראש על שיתוף הפעולה.

האבחנה: (נא לצרף אישור המתאר את הבעיה בעברית)

מתי החלה הבעיה? והאם נעשה מעקב אחריה?

חממה"ה - מרכז תמיכה לסטודנטים עם ליקויי למידה ולקויות רפואית/רגשיות



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 להתאווורות, 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 - יש להגיש מסמכים מקוריים במשרד יחידת נגישות.**

חממה"ה - מרכז תמיכה לסטודנטים עם ליקויי למידה ולקויות רפואית/רגשיות

