תל-חי
אוניברסיטת
קריית שמונה בגליל

**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 משחרר\ת את ד"ר _____ ואת יחידת הנגישות משמירת סודיות רפואית, וחובת ההגנה על פרטיותי בכל הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או מחלותיי או מידע כאמור, ומוותר\ת על סודיות זו לפי המבקש, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

חתימה: _____

---

---

**חלק ב'- למילוי רק ע"י רופא\ה מומחה מטפל\ת \ פסיכיאטר\ית \ פסיכולוג\ית \ עו"ס קליני[1]**

שלום רב,

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.

אנו מודים לך מראש על שיתוף הפעולה.

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

_____

_____

_____

_____

[1] עוס"\ית קליני\ת מהשנה האחרונה

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

_____

_____

_____

**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:**

_____

_____

_____

_____

_____

**פרטים של ממלא הטופס**:

שם הרופא_____

תפקיד_____

כתובת_____

מספר טלפון לבירורים_____

חתימה וחותמת_____

תאריך _____

***לתשומת ליבכם - יש להגיש מסמכים מקוריים בלבד.**