



יחידת הנגישות- דיקנט הסטודנטים

טופס אישור רפואי לצורך קביעת התאמות - לקות שמיעה

תאריך: / /

חלק א' - למילוי ע"י הסטודנטית:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מספר ת.ז.: _____

טלפון: _____ כתובת מייל: _____

חוג לימודים: _____ פקולטה/ביה"ס: _____ שנה: _____

ויתור סודיות:

אני הח"מ: _____, נותן בזאת לד"ר: _____ למסור ליחידת הנגישות באוניברסיטה העברית 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 משחררות 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 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:

רופאה יקרה שלום,
המידע בטופס זה משמש לצורך קבלת החלטה בדבר מתן התאמות בתנאי בחינה. אנא הפעלי שיקול דעת במילוי הטופס, וכתבי יד קריא ככל האפשר. תודה.

אבחנה (אנא כתבי אבחנה ספציפית וברורה):

האם הסטודנטית נמצא כרגע תחת טיפול? כן \ לא ; מועד ראשוני בו פנהוה לטיפול: \ / \

מהי דרגת איבוד השמיעה ? חמורה \ בינונית \ מתונה
לכמה זמן קיימת מגבלה בתפקוד? שבועיים \ חודש \ שלושה חודשים \ כרוני

האם הסטודנטית נעזרות בטכנולוגיה? מכשיר שמיעה \ מכשיר FM \ אחר: _____

כיצד משפיעה הירידה בשמיעה על התפקוד האקדמי? _____

האם המטופלות עברה פרוצדורה ניתוחית? לא \ כן, בתאריך: _____ \ _____ איזה? _____

האם המטופלות נעזרת בטיפול תרופתי? כן \ לא
האם לטיפול התרופתי יש תופעות לוואי העשויות להשפיע על התפקוד האקדמי? כן \ לא איזה? _____

המלצה להתאמות בתנאי בחינה:

הארכת זמן

כתיבה בעזרת מחשב

בחינה בחדר שקט

אחר: _____

הערות נוספות: _____

אמצעים ליצירת קשר לשם בירור נוסף:

טלפון: _____

דוא"ל: _____

חותמת וחתימה: _____

תודה רבה על שיתוף הפעולה,
יחידת הנגישות

יחידת הנגישות | דיקנט הסטודנטים | האוניברסיטה העברית בירושלים

טל': 02-5494982 / 02-5880178

דוא"ל: negishut@savion.huji.ac.il

