



יחידת הנגישות- דיקנט הסטודנטים

טופס אישור רפואי לצורך קביעת התאמות- מגבלה אורטופדית

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: _____, מאשר/ת בזאת לד"ר: _____ למסור ליחידת הנגישות באוניברסיטה העברית (להלן: המבקש) את כל הפרטים, על מצב בריאותי או שיקומי הקשורים למצב בגינו אני מבקש/ת התאמות לפי החוק. אני משחררות את ד"ר _____ משמירת סודיות רפואית, וחובת ההגנה על פרטיותי בכל הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או מחלותיי או מידע כאמור, ומוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. אני מאשר/ת ליחידת הנגישות לשתף את הפרטים הרלוונטיים [המסמכים הרפואיים נשארים חסויים ביחידת הנגישות] בנוגע למצבי עם המזכירויות/המרצים כדי שאקבל את הסיוע לו אני זקוק/ה.

יש לנו כוונה להעביר את פרטי הקשר שלך (שם ומייל) לרכז "תעסוקה שווה" במטרה לסייע בהכוונה תעסוקתית, במידה ואינך מעוניין אנא סמן במשבצת.

תכנית תעסוקה שווה באקדמיה מיועדת לסטודנטים עם מוגבלות (עם 20% נכות ומעלה בביטוח לאומי) המעוניינים להשתלב בעבודה ולקדם את עצמם בתחום התעסוקתי. התוכנית כוללת ייעוץ קריירה, ליווי לקראת כניסה לעולם העבודה (כגון: הכנה לראיונות עבודה, כתיבת קורות חיים, חיפוש משרה) ועזרה בהשמה התואמת ליכולות ולרצון המשתתף.

אינני מעוניין/ת בשליחת פרטי הקשר לרכז "תעסוקה שווה"

חתימה: _____

אנא מלא/י את סיבת הפנייה:

התאמות לבחינות	מעונות	חנייה	תיווך מול סגל האקדמיה	מועדים מיוחדים	אחר	מוכרות/בביטוח לאומי/משרד הביטחון ב-20% ומעלה

חלק ב' - למילוי ע"י הרופאה המטפלת :

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

האם הסטודנטית נמצא כרגע תחת טיפולך? כן לא ; מועד ראשוני בו פנהוה לטיפול: ____________

אבחנה (אנא כתבי אבחנה ספציפית וברורה) :

האם יש מגבלה בתפקוד?
קונטראינדיקציה לכתובה ידנית/ קונטראינדיקציה להקלדה על מחשב/ קושי בישיבה ממושכת
אחר: _____

האם קיימים מצבים או תנאים העלולים להחמיר את המצב הרפואי ו/או לפגוע בתפקוד האקדמי?

האם נערכה פרוצדורה ניתוחית? כן לא , בתאריך: ____________
איזה? _____

האם ניתן טיפול תרופתי? כן/לא
האם לטיפול התרופתי יש תופעות לוואי שעשויות להשפיע על התפקוד האקדמי? _____

האם ניתנה הפנייה לטיפולים נוספים? ריפוי בעיסוק \ פיזיותרפיה \ אחר: _____
(* נא לצרף סיכום טיפול והמלצות)

לכמה זמן קיימת מגבלה בתפקוד? שבועיים \ חודש \ שלושה חודשים \ שנה/ כרוני

המלצה להתאמות בתנאי בחינה :

- הארכת זמן
- כתיבה בעזרת מחשב
- יציאה לשירותים ללא הגבלה

אכילה ושתייה במהלך הבחינה

התאמת תנאי הושבה ושימוש באביזרי עזר: _____

אחר: _____

נמק את המלצתך: _____

הערות נוספות: _____

אמצעים ליצירת קשר לשם בירור נוסף:

טלפון: _____

דוא"ל: _____

חותמת וחתימה: _____

תודה רבה על שיתוף הפעולה,
יחידת הנגישות- משרד דיקן הסטודנטים

יחידת הנגישות | דיקן הסטודנטים | האוניברסיטה העברית בירושלים

טל': 20-2894945 / 20-8710885

דוא"ל: negishut@savion.huji.ac.il

