

## **טופס אישור רפואי לצורך קביעת התאמות בבחינות מסיבות רפואיות**

סטודנט/ית יקר/ה,

הנך מתבקש/ת למלא את הטופס במלואו.  
לתשומת לבך, בחלק ב' **רופא מומחה** מטעמך מתבקש למסור מידע שיסייע בקבלת ההחלטה בדבר ההתאמות בבחינות. את המידע על הרופא למלא בטופס עצמו.

**ללא מילוי כל הטופס וללא חתימה וחותמת של הרופא המומחה – הבקשה לא תטופל.**

אם הבקשה להתאמות נובעת מסיבות רגשיות או נפשיות חוות הדעת צריכה להינתן על ידי פסיכיאטר או על ידי הפסיכולוג בשירות הפסיכולוגי של דקאנט הסטודנטים.

את הטופס יש למסור לוועדת ההוראה של הפקולטה.

הבקשה תישלח לרופא האוניברסיטה וההחלטה תתקבל, בין השאר, על סמך חוות דעתו.

חוות הדעת של רופא מומחה מטעם הסטודנט היא בגדר המלצה ואינה מחייבת את רופא האוניברסיטה.

רצוי לפנות לוועדה כבר בתחילת שנת הלימודים.

התהליך נמשך כשישה שבועות.

ניתן לצרף כל מסמך או אישור לרבות אישורים מביטוח לאומי (אם יש) או רופאים מומחים.

**תלמיד בתכנית דו-חוגית בשתי פקולטות שונות יפנה רק למזכירות של אחת הפקולטות ולא לשתייהן.**

**תלמיד המבקש התאמות מסיבות של לקות פיזית או חושית יגיש את הבקשה באמצעות הדקאנט או הפקולטה שבה הוא לומד, אך לא בשתייהן.**

### חלק א' – למילוי על ידי הסטודנט

שם פרטי		שם משפחה	
מס' ת"ז		דוא"ל	
טלפון		שנת לימודים	
חוג (חד-חוגי)	1	פקולטה	
חוג2 (דו-חוגי)		פקולטה 2	
הצהרת תלמיד בתכנית דו-חוגית או משולבת : ___ לא הגשתי בקשה זו דרך מזכירות החוג השני			

הבקשה :

---



---



---

האם אובחנת בעבר כבעל מגבלה רפואית/ רגשית שבעטיה אתה פונה כעת? כן / לא

האם קיבלת התאמות בבחינות בעבר? כן / לא. אם כן, נא פרט והצג מסמכים רלוונטיים :

---



---

### הצהרת התלמיד על ויתור סודיות:

אני הח"מ \_\_\_\_\_ מ"ז \_\_\_\_\_  
 נותן בזאת לד"ר \_\_\_\_\_ למסור לדקאנט הסטודנטים  
 של אוניברסיטת תל אביב 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 הוועדה להתאמות רפואיות משמירת  
 סודיות רפואיות, 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 על ידי הרופא המטפל (רופא מומחה)

רופא יקר שלום רב,  
המידע בטופס זה משמש לצורך קבלת החלטה בדבר מתן התאמות בבחינות.  
אנא הפעל את שיקול דעתך במילוי הטופס, וכתב/י בכתב יד קריא ככל האפשר.

תודה רבה על שיתוף הפעולה,  
הוועדה לקביעת התאמות בבחינות

\* \* \*

1. האם הסטודנט/ית נמצא בימים אלה בטיפולך? כן / לא  
אם כן, מהו המועד הראשוני שבו פנה/תה לטיפול:

---

---

---

2. אבחנה (אנא כתב/י אבחנה ספציפית וברורה): \_\_\_\_\_

---

3. האם יש מגבלה בתפקוד? (למשל, קונטראינדיקציה לכתיבה ידנית / קונטראינדיקציה להקלדה על מחשב / קונטראינדיקציה בישיבה ממושכת).  
אחר: \_\_\_\_\_

---

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

---

---

5. האם נערכה פרוצדורה ניתוחית? כן / לא, בתאריך \_\_\_\_ \ \_\_\_\_ \ \_\_\_\_

איזו: \_\_\_\_\_

6. האם ניתן טיפול תרופתי? כן / לא  
אם כן, האם לטיפול התרופתי יש תופעות לוואי אשר עלולות להשפיע על התפקוד האקדמי?

---

7. האם ניתנה הפנייה לטיפולים נוספים כגון ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, אחר :  
(אם כן, יש לצרף סיכום טיפול והמלצות)

8. כמה זמן קיימת מגבלה בתפקוד? חודש / שלושה חודשים / שנה / כרוני

הערות נוספות :

---

---

---

9. יש לענות אם המטופל ביקש התאמות מסיבות נפשיות.  
האם למטופל יש הפרעות נפשיות ידועות? כן / לא  
האם מקבל תרופות פסיכיאטריות? כן / לא

אמצעים ליצירת קשר לשם בירור נוסף :

טלפון : \_\_\_\_\_

דוא"ל : \_\_\_\_\_

חותמת וחתימה של הרופא

חלק ד' : המלצת רופא האוניברסיטה (דחיית הבקשה מחייבת נימוק) :

\_\_\_ אישור על קבלת התאמות :

---

---

\_\_\_ דחייה. נימוק :

---

---

---