



מרכז תמיכה לסטודנט
דיקנט הסטודנטים

טופס בקשה להתאמות בבחינות עקב מגבלות רפואיות / פיזיות / נפשיות

סטודנט/ית המבקש/ת התאמות בבחינות בגין מגבלות רפואיות / פיזיות / נפשיות חמורות מתבקש/ת למלא את הטופס הבא ולצרף אישורים רלוונטיים **מרופא מומחה** בלבד.

את הבקשה יש להגיש למזכירות מרכז התמיכה עד שבועיים מתחילת כל סמסטר

פרטים אישיים של הסטודנט/ית:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת.ז. _____
מסלול: _____ מחלקה: _____ שנה וסמסטר: _____
כתובת: _____ טלפון נייד: _____ מייל: _____

א. פרטי/י מהן המגבלות בגין את/ה מבקש/ת התאמות בבחינות?

ב. פרטי/י והסברי/י כיצד מגבלות אילו משפיעות על אופן התפקוד בבחינה?

ג. פרטי/י אילו התאמות בבחינות הנך מבקש/ת?

האם קבלת התאמות בבחינות הבגרות ו/או בבחינה הפסיכומטרית בגין המגבלה הרפואית/הפיזית/ הנפשית?

א. כן (יש לצרף העתק של האישור)
ב. לא

ברצוננו לציין כי הוועדה לא תוכל לדון בבקשות אשר תוגשנה באיחור או ללא כל האישורים הנדרשים!

תאריך: _____ חתימת הסטודנט/ית: _____



מרכז תמיכה לסטודנט
דיקנט הסטודנטים

כתב הסכמה וויתור על סודיות

אני הח"מ מאשר/ת בזה ונותן/ת הסכמתי להעביר את המסמכים לוועדה הרפואית שכוללת רופאים מומחים מבי"ח נהריה.

הובהר לי כי לצורך דיון בבקשתי יימסר לוועדה כל המידע האישי, הפרטי והרפואי המצוי ברשות המכללה אודותי, והנני נותן/ת בזה הסכמתי המפורשת להעברת המידע. הנני משחרר/ת את המכללה ו/או כל עובד מעובדיה ו/או כל מוסד ממוסדותיה מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע אלי ו/או לעבודתי ו/או ללימודי ולכל רישום אחר המתייחס אלי ו/או למצב בריאותי ו/או השיקומי הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או פגיעתי ו/או מחלה כלשהי בה חליתי ומוותר/ת על סודיות זו כלפי הנ"ל ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור בכתב ויתור זה.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק זכויות החולה וחוק הגנת הפרטיות, השמ"א 1981 – והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי ברשות המכללה.

שם הסטודנט: _____ ת.ז. _____
חתימה: _____ תאריך: _____



מרכז תמיכה לסטודנט
דיקנט הסטודנטים

לכבוד,
מרכז התמיכה לסטודנט
דיקנט הסטודנטים
המכללה האקדמית להנדסה אורט בראודה

כתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום/ה מטה נותן/ת בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של בית החולים ו/או לכל קופת חולים כל רופא המוסד לביטוח לאומי על כל שלוחותיו או שלטונות צה"ל כל על כל רופאיו והוועדות הרפואיות ואדם אחר כלשהו למסור למבקש את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל באופן שידרוש המבקש על מצבי הבריאותי ו/או מצבי הסיעודי ו/או השיקומי ובכלל זה פגיעה כתוצאה מתאונות דרכים או תאונות עבודה ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר.

הנני משחרר/ת את המבקש וכל מי שיוסמך על ידו וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או מוסד רפואי ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ומוותר על סודותי הרפואית כלפי הנ"ל ומתיר/ה כל אדם כאמור לתת כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי.

לא תהיה לי כלפי המבקש או כלפי המצוינים לעיל כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור בכתב ויתור זה. הנני מיפה את כוחו של המבקש ו/או כל רופא מטעמכם להגיש בקשת עיון במידע אודותי המצוי במאגר המידע שבבעלותכם ו/או בחזקתכם

כתב ויתור זה מחייב אותי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

ולראיה באתי על החתום

שם: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

פרטי המוותר:

כתובת: _____

ת.ז. _____

שם קופת חולים: _____ סניף: _____

שם הרופא המטפל: _____

שם הרופא המומחה שנתן חוות דעת: _____

כתובת הרופא המומחה שנתן חוות דעת: _____



טופס למילוי על ידי הרופא/ה

רופא/ה נכבד/ה,

טופס זה מופנה אלייך הואיל והסטודנט/ית הגיש/ה בקשה להתאמות במבחנים בגין בעיה רפואית/פיזית/נפשית.

לפיכך, אבקשך למלא את חוות הדעת הרפואית.

אנו מודים לך מראש על מילוי חוות הדעת בהתאם למבוקש.

שם פרטי:

שם משפחה:

ת.ז.

א. פרטי/ את הבעיה הרפואית/פיזית/נפשית:

ב. ממצאי האבחון הרפואי המצדיקים התאמות בבחינות:

ג. תרופות המצדיקות התאמות בבחינות:

ד. התאמות מומלצות:

הערות:

פרטי הרופא/ה המאבחן/ת :

שם הרופא/ה:

מספר רישיון:

מומחיות:

:

כתובת המרפאה:

טלפון:

תאריך:

חתימה:

בברכה,
אורנית בר-זית
רכזת נגישות במכללה