



תאריך: \_\_\_\_\_

**חוות דעת רפואית לצורך מתן התאמות בבחינות**

**ויתור סודיות:**

אני הח"מ הסטודנט/ית \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ נותן בזאת  
לד"ר \_\_\_\_\_ למסור את כל הפרטים הנוגעים למצבי הבריאותי וכל מידע לשם סיוע במהלך לימודי  
במכללה.

בזאת אני מוותר/ת על שמירת סודיות רפואית וחובת ההגנה על פרטיותי ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג שהוא  
בקשר למסירת מידע כאמור.

חתימת הסטודנט/ית \_\_\_\_\_

רופא/ה יקר/ה שלום,

הסטודנט/ית פנה/תה בבקשה לקבל התאמות במבחנים על רקע בעיה רפואית בתחום מומחיותך.  
הואיל ומתן ההתאמות עשוי להפלות לרעה את הסטודנטים האחרים, אנו מקפידים מאד במתן ההתאמות.  
נודה לך אם על מילוי חוות דעתך בהתאם למבוקש ובכתב יד קריא ככל האפשר:

**האם הסטודנט/ית נמצא/ת כרגע תחת טיפולך? כן / לא**

**מועד ראשוני בו פנה/תה לטיפול \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**

**א. פרט את הבעיה הרפואית:**

---

---

---

**ב. כיצד עשויה הבעיה הרפואית להשפיע על תפקוד הסטודנט/ית בלימודים:**

---

---

---

**ג. הערות והמלצות:**

---

---

---

**פרטי הרופא/ה המאבחן/נת:**

שם הרופא/ה \_\_\_\_\_ מספר רישיון \_\_\_\_\_ מומחיות \_\_\_\_\_

טלפון \_\_\_\_\_ מייל \_\_\_\_\_

חתימה וחותמת \_\_\_\_\_