



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 להתאמות:

פרטי הרופא/ה המאבחן/נת:

שם הרופא/ה _____ מספר רישיון _____ מומחיות _____

טלפון _____ מייל _____

חתימה וחותמת _____