

הוועדה האוניברסיטאית הרפואית להכרה במגבלות רפואיות בלימודים

### טופס פניה להכרה במגבלה רפואית בלמודים

תאריך הגשת הבקשה \_\_\_\_\_

שם המשפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

תעודת זהות \_\_\_\_\_

שנת לידה \_\_\_\_\_ שנת עליה \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

טלפון \_\_\_\_\_ פלאפון סלולרי \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

פקולטה \_\_\_\_\_

מחלקה \_\_\_\_\_

שנת לימוד \_\_\_\_\_ נא להקיף בעיגול: א, ב, ג, ד בתואר: ראשון שני

האם אבחנת בעבר כבעל מגבלה רפואית שבעטייה אתה פונה כעת? כן/לא

האם היה לך אישור להארכת זמן בתיכון בגין מגבלה זו? כן/לא

האם היה לך אישור להארכת זמן במבחן הפסיכומטרי בגין מגבלה זו? כן/לא

האם היה לך אישור להארכת זמן מאוניברסיטה/מכללה/מכינה בגין מגבלה זו? כן/לא

האם הינך מוכר כנכה ע"י המוסד לביטוח לאומי או משרד הביטחון? כן/לא

אם כן, פרט:

1. אחוזי נכות \_\_\_\_\_
2. סעיפי הליקוי \_\_\_\_\_
3. נכות זמנית/לצמיתות \_\_\_\_\_
4. מועד קביעת הנכות \_\_\_\_\_

איזה טיפול הנך מקבל לבעייתך? \_\_\_\_\_

האם שרתת בצה"ל? כן/לא מה היה תפקידך? \_\_\_\_\_

פרט את בקשותיך מהוועדה הרפואית האוניברסיטאית:

---

---

---

---

---

\*\*\* באם בקשתך הינה קבלת אישור כניסה עם רכב לקמפוס אנא ציין את הפרטים הבאים:

מספר רכב \_\_\_\_\_

דגם הרכב \_\_\_\_\_

צבע \_\_\_\_\_

שם הנהג \_\_\_\_\_

נייד \_\_\_\_\_

שם הקמפוס אליו נדרש האישור כניסה מרקוס/הייאס



דיקנאט הסטודנטים  
 הועדה לסיוע במגבלות רפואיות  
 טלפון: 08-64728584, פקס: 08-6472369

תאריך \_\_\_\_\_

## חו"ד של רופא מומחה

ד"ר נכבד,

הסטודנט \_\_\_\_\_ בעל תעודת זהות שמספרה \_\_\_\_\_ פנה אלינו בבקשה לקבל התאמות וסיוע בלימודים (בעיקר הארכת זמן בבחינות) על רקע בעיה רפואית בתחום מומחיותך. אם הסטודנט סובל מבעיה רפואית משמעותית הוא זכאי לקבל התאמות וסיוע בלימודים על מנת לעזור לו להתמודד בצורה שווה ליתר הסטודנטים. הואיל ומתן התאמות ובעיקר הארכת זמן במבחנים עשויה להפלות לרעה את הסטודנטים האחרים, אנו מקפידים מאד במתן הקלה זו ולכן נדונה בקשת הסטודנט על ידי ועדה בראשות רופא.

בברכה,

פרופ' משה כספי

דיקן הסטודנטים

נודה לך עם תארגן את חוות דעתך הרפואית בצורה הבאה:

- א. תולדות המחלה \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- ב. אבחנה רפואית עפ"י ICD10 (נא רשום מספר אבחנה) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- ג. טיפול תרופתי שמקבל (, שם התרופה, ממתי מקבל) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- ד. כיצד משפיעה בעיה זו על תפקודו של הסטודנט בלימודים \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- ה. הערות \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

אין באמור לעיל כדי לפגוע בזכותה של האוניברסיטה לקבל חוות דעת נוספת על פי הצורך.

בברכה ובתודה

ד"ר \_\_\_\_\_

חתימה וחותמת \_\_\_\_\_

מומחה ל \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

הצהרת ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_  
זהות \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ מס' תעודת \_\_\_\_\_

מצהיר בזאת על הסכמתי כדלהלן:

1. אני מסכים/ה לכך שמידע מפורט ומלא אודות מצב בריאותי וליקויי הגופניים בעבר ובהווה, הקיים לגבי בקופות החולים ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או במוסד רפואי או אחר, יימסר לאוניברסיטת בן-גוריון בנגב (להלן: "האוניברסיטה") או למי מטעמה.
2. אני מסכים/ה ומבקש/ת שכל אדם או מוסד אשר בידו מצוי מידע כלשהו אודות מצב בריאותי, ימסור אותו לאוניברסיטה או לגורם מטעמה על פי דרישה.
3. הסכמתי זו באה לאפשר לאוניברסיטה או לגורם מטעמה לשקול את בקשתי \_\_\_\_\_
4. אני מסכים למסור כל מידע שיידרש ממני לצורך קבלת החלטה בבקשתי זו.
5. אני מאשר לאוניברסיטה להעביר את המידע הנמסר על ידי לכל צד שלישי הנחוץ לצורך קבלת החלטה בבקשתי.

ולראיה באתי על החתום

\_\_\_\_\_ חתימת המטופל או האפוטרופוס החוקי