

תאריך _____

אישור לצורך התאמות לימודיות- מגבלה פסיכיאטרית

רופא/ה יקר/ה שלום!

המידע בטופס זה משמש על מנת לקבל החלטה בדבר התאמות במבחנים. אנא הפעלי שיקול דעת במילוי הטופס. (נא השתדל למלא את הטופס בכתב ברור)

שם המטופל/ת: תעודת זהות:

1. **אבחנה** (אנא כתוב אבחנה ספציפית וברורה)

2. איך משפיע המצב הרפואי על התפקוד האקדמי?

3. האם הסטודנט נעזר בטיפול תרופתי? כן / לא

4. האם לטיפול התרופתי יש תופעות לוואי שעשויות להשפיע על התפקוד האקדמי? כן / לא

איזה?

5. לכמה זמן קיימת מגבלה בתפקוד? אנא סמן את האפשרות המתאימה:

חודש

3 חודשים

כרוני

6. האם הסטודנט נעזר בשירותים נוספים?

שירות שיקומי

טיפול פסיכולוגי

אחר.....

הערות נוספות:

תודה רבה על שיתוף הפעולה

ד-03 – 0811 – 333