

תאריך \_\_\_\_\_

## אישור לצורך התאמות לימודיות - לקויות שמיעה

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. מה דרגת איבוד השמיעה?

מתונה

בינונית

חמורה

3. כיצד משפיעה הירידה בשמיעה על התפקוד האקדמי?  
.....  
.....

4. האם הסטודנט נעזר בטכנולוגיה?

מכשיר שמיעה

מכשיר fm

אחר.....

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

שבועיים

חודש

3 חודשים

כרוני

הערות נוספות:  
.....  
.....

חותמת וחתימה.....

תודה רבה על שיתוף הפעולה

ד-02 – 0811-333