

הנחיות למילוי טופס בקשה להארכת זמן בבחינות עקב מגבלות רפואיות

במקרים של מגבלות רפואיות פיזיות חמורות ביותר שאינן מאפשרות לקרוא, לכתוב או לשבת בצורה תקינה המהלך הבחינה (כגון: פגיעה חמורה בגפיים או בעמוד השדרה, לקות ראייה חמורה וכו') ניתן לבקש הארכת זמן בבחינות.

הארכות כאלה תינתנה במספר מצומצם של מקרים, וכאשר הפגיעה היא מתמשכת (בדר"כ לכל תקופת הלימודים אך לפחות לסמסטר אחד).

לא תינתנה הארכות בגלל מגבלות לתקופות קצרות.

בקשות יש להגיש, על גבי הטופס המיועד לכך ובצירוף טופס לויתור סודיות ואישורים רפואיים, במדור סטודנטים בלימודי הסמכה, עבור עדנה אדלר, מזכיר לימודי הסמכה.

הבקשות תועברנה לעיונה של ועדה בראשותו של רופא, וההחלטה תימסר לידי מגיש הבקשה. **אין ערעור על החלטות הועדה.**

ניתן להגיש בקשות עבור סמסטר חורף עד סוף חודש נובמבר.
ניתן להגיש בקשות עבור סמסטר אביב עד סוף חודש אפריל.

בקשה להארכת זמן לכל מהלך לימודי הסטודנט:

סטודנט המוכר כנכה ע"י המוסד לביטוח לאומי או משרד הביטחון: יש לצרף אשור על נכות, ואישורים רפואיים כפי שהוגשו למוסד לביטוח לאומי או למשרד הביטחון לקביעת הנכות.

סטודנט שאינו מוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי או משרד הביטחון: יש לצרף אשור רפואי עדכני מרופא מומחה במערכת הבריאות הציבורית, המפרט את הלקות הרפואית בציון ההשלכות התפקודיות על מהלך לימודיו של הסטודנט.

בקשה להארכת זמן לתקופה מוגבלת:

סטודנט המבקש הארכת זמן לתקופה זמנית בלבד (לפחות סמסטר אחד): יש להביא אישור עדכני מרופא מומחה במערכת הבריאות הציבורית המפרט את הלקות הרפואית, את השלכותיה על תפקודו ולאיוז תקופה מתייחסת להמלצה להארכת זמן.

לא נוכל לטפל בבקשות אשר תוגשנה באיחור, או ללא כל האישורים כמפורט לעיל.

הערה: סטודנטים המבקשים התאמות על רקע של לקות למידה או הפרעת קשב וריכוז יחויבו לעבור אבחון, על חשבונם, על ידי מאבחן מטעם הטכניון. הנחיה זו תקפה גם לגבי סטודנטים שעברו אבחון קודם. הפנייה למאבחן נערכת באמצעות יועצת ביחידה לקדום סטודנטים, בנין אולמן חדר 460.

ההנחיות והטפסים רשומים בלשון זכר, אולם הם מתייחסים לזכר ולנקבה כאחד.

טופס בקשה להארכת זמן עקב מגבלות רפואיות

את הטפסים יש להגיש עד 10 ימים לפני כינוס הועדה ביחד עם טופס וויתור סודיות ואישורים רפואיים.

א. פרטים אישיים

שם פרטי ומשפחה: _____
מס' ת.ד.: _____
כתובת: _____
טלפון: _____
פקולטה: _____

ב. האם הנך 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: _____

ג. פרט המגבלות הרפואיות וצרף אישורים מתאימים:

חובה להביא הטופס המצ"ב מהרופא. ללא טופס זה לא תידון בקשתך.

ד. מהן ההשלכות התפקודיות של הלקויות הרפואיות על מהלך לימודיך?

ה. האם קבלת הארכת זמן בבחינות הבגרות או בבחינה הפסיכומטרית בגין המגבלה הרפואית: כן / לא (אם כן, אנא צרף העתק של האישור הרלבנטי).

ו. האם הגשת / קבלת הארכת זמן בטכניון בעבר כן / לא (אם כן, ציין מתי ולכמה זמן קבלת)

ז. הערות: _____

תאריך _____ חתימה _____

החלטות הוועדה מתאריך: _____

הארכת זמן ניתנת ל: _____

1. לכל אורך לימודי הסטודנט
2. לסמסטר חורף /אביב בשנת הלימודים תשע"_____
3. לתקופה _____
4. הבקשה נדחתה.

תאריך _____

חתימה _____

ז. טופס למילוי ע"י רופא

(יש למלא את כל סעיפי הטופס)

פרטים אישיים

שם פרטי ומשפחה: _____

מספר ת.ז.: _____

בעיה רפואית: _____

אנמנזה (קצרה): _____

ממצאים חריגים בבדיקה הגופנית שבצעתי והמצדיקים הארכת זמן בבחינות: _____

תרופות (כולל מינון) המצדיקות הארכת זמן בבחינות: _____

אבחנה: _____

הערות: _____

שם הרופא: _____

מספר רשיון: _____

מומחיות: _____

כתובת מרפאה: _____

טלפון: _____

תאריך: _____

ח. כתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום/ה מטה נותן/ת בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של בית חולים ו/או לכל קופת חולים, כל רופא, המוסד לביטוח לאומי על כל שלוחותיו או שלטונות צה"ל על כל רופאיו והוועדות הרפואיות, ואדם אחר כלשהו למסור למבקש את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל באופן שיזרוש המבקש על מצבי הבריאותי ו/או מצבי הסעודי ו/או השיקומי ובכלל זה כל פגיעה כתוצאה מתאונת דרכים או תאונת עבודה ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר.

הנני משחרר/ת את המבקש וכל מי שיוסמך על ידו וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי ו/או כל עובד מעובדכם ו/או מוסד רפואי ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ומוותר על סודיותי הרפואית כלפי הנ"ל ומתיר/ה לכל אדם כאמור לתת כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי.

לא תהיה לי כלפי המבקש או כלפי המצוינים לעיל כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור בכתב ויתור זה. הנני מיפה את כוחו של המבקש ו/או כל רופא מטעמכם להגיש בקשת עיון במידע אודותי המצוי במאגר המידע שבבעלותכם ו/או בחזקתכם.

כתב ויתור זה מחייב אותי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

ולראיה באתי על החתום

שם _____ חתימה: _____ תאריך: _____

ט. פרטי המוותר

כתובת: _____

מספר ת.ז. : _____

שם קופ"ח: _____ סניף: _____

שם הרופא המטפל: _____

כתובת הרופא המטפל: _____

שם הרופא המומחה שנתן חוות דעת: _____

כתובת הרופא המומחה שנתן חוות דעת: _____

שם העד/ה לחתימה (מזכירות לימודי הסמכה): עדנה אדלר

חתימת העד/ה _____ תאריך: _____