

Formularz oceny wpływu stanu zdrowia psychicznego na możliwości wypełniania obowiązków akademickich

do Zarządzenia wewnętrznego Nr R021.1.19.2021 Rektora Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Długosza w Częstochowie z dnia 22.02.2021 r.

Niniejszy formularz wydaje się na prośbę pacjenta/pacjentki celem przedstawienia w uczelni. Informacje zawarte w formularzu są źródłem wiedzy o potrzebach edukacyjnych pacjenta/pacjentki, który(a) ubiega się – za pośrednictwem Biura ds. Osób z Niepełnosprawnościami UJD – o wsparcie w procesie studiowania.

Na podstawie osobistego badania:

Pana/Pani _____,
(imię i nazwisko)

ur. _____, przeprowadzonego dnia _____,
(data urodzenia) (data)

zaświadczam, że Jego/Jej proces studiowania może być zakłócony przez następujące czynniki:

- trudności w koncentracji i utrzymaniu uwagi
- pogorszenie pamięci
- spowolnienie psychoruchowe
- przyspieszenie toku myślenia
- inne zakłócenia procesu myślenia, jakie?

-
- prokrastynacja
 - lęk przed publicznym wypowiedaniem się
 - lęk w pomieszczeniach zamkniętych
 - lęk przed wyjściem z domu, przebywaniem w tłumie, podróżowaniem środkami transportu
 - lęk przed oceną
 - lęk innego typu (jaki?) _____
 - trudności w radzeniu sobie ze stresem (w odpowiedzi na jakie czynniki?)

-
- zaburzenia snu
 - zaburzenia apetytu
 - ograniczenie aktywności, w tym jej planowania/wycofanie z aktywności
 - perfekcjonizm, nadmierne wymagania

- trudności w kontaktach społecznych
- trudności w adaptacji do nowych sytuacji/wymagań
- inne informacje dotyczące stanu zdrowia studenta / studentki / doktoranta / doktorantki (np. przybliżony czas wystąpienia objawów, zmienność ich nasilenia, ewentualnie choroby somatyczne):

Liczba zaznaczonych punktów (słownie) _____

(Data, pieczęć i podpis)

W przypadku gdy stan zdrowia studenta wymaga skorzystania z urlopu
dziekańskiego, proszę uzupełnić:

Stan zdrowia uniemożliwia(ł) / umożliwia(ł) częściowo* wypełnianie obowiązków
studenckich / doktoranckich w semestrze zimowym / letnim* roku akademickiego

Przybliżony okres powstania/nasilenia trudności zdrowotnych uzasadniających
przyznanie urlopu dziekańskiego: _____

(Data, pieczęć i podpis)

* podkreślić właściwe