

# היחידה לבחינות מותאמות

## חוות דעת רפואית

רופא/ה נכבד/ה!

שלום רב,

המרכז הארצי לבחינות ולהערכה עורך בחינות בתנאים מותאמים לנבחנים בעלי מגבלות בריאותיות. מתן תנאי בחינה מותאמים, כאשר הדבר אינו מוצדק, מפלה לרעה את שאר הנבחנים, ולכן אנו מקפידים מאוד בקריטריונים למתן תנאים אלה. בדרך כלל התאמת תנאי בחינה נעשית במקרים של מגבלות פיזיות חמורות, כגון פגיעה בגפיים, בעמוד השדרה ולקויות ראייה. ההתאמות יכולות לבוא לידי ביטוי, בין השאר, בהארכת משך הבחינה, בהפסקות בין פרקים, בגיליון תשובות מיוחד ובשימוש במחשבון. על פי שיקול דעתנו המקצועי, פונים בעלי מגבלות רפואיות זכאים לתנאים מותאמים בבחינה רק אם בעקבות האבחון הרפואי נקבע שחומרת המגבלה אינה מאפשרת לנבחן לקרוא, לכתוב או לשבת באופן תקין במהלך הבחינה.

אבקשך, לכן, למלא את השאלון הבא:

תאריך הבדיקה: \_\_\_\_\_ תאריך מילוי השאלון: \_\_\_\_\_

שם הרופא: \_\_\_\_\_ תחום מומחיות/מקצוע: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

שעות הקבלה (לצורך ברורים נוספים): \_\_\_\_\_

שם הנבחן: \_\_\_\_\_ מספר תעודת זהות: \_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_\_ גיל בעת הבדיקה: \_\_\_\_\_

### א. הבעיה הרפואית

חוות דעתך חייבת להתבסס על בדיקות **שערכת בעצמך** ולא על סמך בדיקות של גורמים אחרים.

פירוט הבעיה וההיסטוריה של הבעיה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

אנא פרטי את הבדיקות שערכת ואת התוצאות של כל אחת מן הבדיקות.

---

---

---

מה מסקנותיך מן הבדיקות?

---

---

**ב. השלכות המגבלה הרפואית**

מה ההשלכות של המגבלה הרפואית על התפקוד היומיומי של הפונה ועל תפקודו בבחינה?

---

---

**ג. מתן התאמות לבחינה**

מה ההתאמות המתבקשות עקב המגבלה של הפונה, ולאילו תקופה מתייחסות ההתאמות שאתה ממליץ עליהן?

---

---

---

אין באמור לעיל כדי לפגוע בזכותו של המרכז הארצי לבחינות ולהערכה לקבל חוות דעת שנייה מרופא מומחה. כמו כן, המרכז הארצי לבחינות ולהערכה שומר לעצמו את הזכות להזמין למסור עדות לפני כל ערכאה שיפוטית, במידת הצורך.

אנו מודים לך מראש על מילוי חוות הדעת בהתאם למבוקש.

אני מאשר/ת בזאת שלמיטב ידיעתי כל המידע בשאלון זה נכון.

חתימה: \_\_\_\_\_ מספר רישון: \_\_\_\_\_

חותמת \_\_\_\_\_