



היחידה לבחינות מותאמות

חוות דעת רפואית לקות שמיעה וחרשות

השאלון מנוסח בלשון זכר ומיועד לכל המגדרים

רופא/ה נכבד/ה!

שלום רב,

המרכז הארצי לבחינות ולהערכה עורך בחינות בתנאים מותאמים לנבחנים בעלי מגבלות רפואיות ואחרות. התאמות בבחינה ניתנות רק כאשר צפויה להשפיע באופן מהותי על התפקוד בבחינה. השפעה זו אמורה להיות מתועדת ומנומקת בחוות הדעת הרפואית.

ההתאמות יכולות לבוא לידי ביטוי, בין השאר, בהארכת משך הבחינה, במתן הפסקות ובשימוש בעזרים שונים שמאפשרים לפצות על המגבלה.

יש להקפיד על מילוי כל הפרטים הנדרשים בשאלון, כדי לאפשר טיפול יעיל בבקשה. כמו כן, יש לחתום בתחתית השאלון על נכונות הפרטים בו.

שם הנבחן: _____ מספר תעודת הזהות: _____

תאריך הלידה: _____ הגיל בעת הבדיקה: _____

תאריך הבדיקה: _____ תאריך מילוי השאלון: _____

שם הרופא/ה: _____ תחום המומחיות/המקצוע: _____

כתובת: _____ מס' הטלפון: _____

שעות הקבלה (לצורך בירורים נוספים): _____

המשך השאלון ימולא על ידי הרופא/ה.

לקות שמיעה וחרשות

1. יש לצרף אודיוגרמה עדכנית.

2. סיבות הלקות **ומועד תחילתה**:

3. רמת הלקות בכל אוזן (אין, קלה, בינונית, עמוקה):

ימין _____ שמאל _____

4. האם הייתה פגיעה ברכישת השפה? אם כן, נא פרט/י.

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

חתימת הרופא/ה: _____ מס' הרישוי: _____

חותמת: _____

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

אנו מודים לך מראש על מילוי חוות הדעת בהתאם למבוקש בשאלון.