



מרכז ארצי לבחינות ולהערכה (ניו)
NATIONAL INSTITUTE FOR TESTING & EVALUATION
מיסודן של האוניברסיטאות בישראל

היחידה לבחינות מותאמות

חוות דעת רפואית

רופא/ה נכבד/ה!

שלום רב,

המרכז הארצי לבחינות ולהערכה עורך בחינות בתנאים מותאמים לאנשים שיש להם מגבלות בריאותיות, מגבלות נפשיות, לקויות למידה או לקויות קשב.

התאמות בבחינה ניתנות רק כאשר המגבלה 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, בהפסקות בין פרקים, בגיליון תשובות מיוחד ובשימוש במחשבון.

יש להקפיד על מילוי כל הפרטים בשאלון, כדי לאפשר טיפול יעיל בבקשה לתנאים מותאמים בבחינה. 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: _____ תחום המומחיות/המקצוע: _____

הכתובת: _____ מס' הטלפון: _____

שעות הקבלה (לצורך בירורים): _____

המשך השאלון ימולא על ידי הרופא.

בעיה רפואית או פיזית כללית

1. תיאור מפורט של הבעיה והרקע שלה (חוות דעתך חייבת להתבסס על בדיקות שערכת בעצמך ולא על סמך בדיקות של גורמים אחרים):

2. אנא פרט את הבדיקות שנערכו לפונה, שעליהן מסתמכת חוות דעתך, את התוצאות של כל אחת מן הבדיקות וציין מתי נערכו ומה מסקנותיך מהן:

3. השלכות המגבלה הרפואית – מה ההשלכות של המגבלה על התפקוד היומיומי של הפונה ועל תפקודו בבחינה?

4. האם מדובר בבעיה כרונית? אם לא, כמה זמן לדעתך צפויה המגבלה להימשך?

5. מתן התאמות לבחינה – מה ההתאמות המתבקשות עקב המגבלה של הפונה?

אני מאשר בזאת שלמיטב ידיעתי כל המידע בשאלון זה נכון.

חתימת הרופא: _____ מס' רישיון _____ חותמת: _____

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.