



היחידה לבחינות מותאמות

חוות דעת רפואית

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.

מגבלה רפואית או פיזית כללית

1. א. אבחנה פורמלית:

ב. תיאור מפורט של המגבלה והרקע שלה (אנא התבסס/י על בדיקות שערכת בעצמך ולא על חו"ד של גורמים אחרים):

ג. אנא פרט/י מהן הבדיקות שנערכו לפונה, שעליהן מסתמכת חוות דעתך, ציין/י מתי נערכו, ואת תוצאותיהן ומסקנותיך מהן:

2. השלכות המגבלה הרפואית -

א. מה ההשלכות של המגבלה על התפקוד היומיומי של הפונה?

ב. מהן ההשלכות על התפקוד בבחינה?

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

5. מתן התאמות לבחינה - מה ההתאמות המתבקשות עקב המגבלה של הפונה, ולאילו תקופה מתייחסות ההתאמות על ידך?

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 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.