



**מרכז ארצי לבחינות ולהערכה (ע"ד)**  
**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.**

## לקות שמיעה וחירשות

1. יש לצרף אודיוגרמה עדכנית.

2. סיבות הלקות ומועד תחילתה:

---

---

---

---

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

חתימת הרופא/ה: \_\_\_\_\_ מס' הרישיון \_\_\_\_\_ 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.