

# שאלון רפואי לנבחן

(הפונים בשל לקות למידה ימלאו שאלון אחר)

תאריך: \_\_\_\_\_

שם: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

מה המגבלה הרפואית שבעטיה אתה מבקש לקבל תנאים מותאמים בבחינה? \_\_\_\_\_

מתי אובחנה הבעיה, מי אבחן אותה? \_\_\_\_\_

כיצד השפיעה המגבלה הרפואית על תפקודך ועל הישגיך במהלך לימודיך? \_\_\_\_\_

האם קיבלת תנאים מותאמים בבחינות הבגרות בשל בעיה זו, ואם לא, מדוע? \_\_\_\_\_

אילו התאמות נדרשות לך לדעתך בבחינה? \_\_\_\_\_

הערות נוספות: \_\_\_\_\_

אם לא אתה מילאת את השאלון נא לציין את הסיבה לכך ומי מילא את השאלון: \_\_\_\_\_

## אישור לשוחח עם הרופא

כדי להגיע לידי החלטה בנוגע לתנאים המותאמים בבחינה, יש לעתים צורך לקבל מידע נוסף מן הרופא שבדק אותך.

חתימתך בסעיף זה מאשרת לנציג מטעמנו להתקשר לרופא שבדק אותך. \_\_\_\_\_

חתימה

\_\_\_\_\_ אני מאשר/ת שכל המידע בשאלון זה נכון.

חתימה