

# לשכת עורכי הדין

## חוות דעת רפואית

רופא/ה נכבד/ה!

שלום רב,

לשכת עורכי הדין עורכת בחינות בתנאים מותאמים לנבחנים בעלי מגבלות שונות. מתן תנאי בחינה מותאמים, כאשר הדבר אינו מוצדק, מפלה לרעה את שאר הנבחנים, ולכן אנו מקפידים בקריטריונים למתן תנאים אלה.

בדרך כלל התאמת תנאי בחינה נעשית במקרים של מגבלות פיזיות חמורות. דוגמאות למגבלות פיזיות שבעטיה ניתנים תנאים מותאמים: פגיעה בגפיים, בעמוד השדרה ולקויות ראייה. ההתאמות יכולות לבוא לידי ביטוי, בין השאר, בהארכת משך הבחינה, בגיליון תשובות מיוחד ועוד.

פונים בעלי מגבלות רפואיות זכאים לתנאים מותאמים בבחינה רק אם המגבלה חמורה ומשפיעה באופן משמעותי על תפקודו של הנבחן בבחינה. השלכות המגבלה על התפקוד בבחינה צריכות להיות מתועדות בחוות דעת רפואית.

כל שאלון כולל חלק ראשון, ובו פרטים אישיים ופרטים על הרופא, חלק זה יכול להיות ממולא על ידי הנבחן, וחלק שני – ובו פרטים על הבעיה הרפואית – שימולא על ידי הרופא.

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

להלן 3 שאלונים למילוי עבור מי שיש לו בעיה רפואית – לבעיות מסוגים שונים.

בעיה רפואית או פיזית כללית – עמוד 3

לקות ראייה – עמוד 4

לקות שמיעה – עמוד 5

לכל שאלון שני חלקים: חלק ראשון – פרטים אישיים ופרטים על הרופא – יכול למלא הנבחן; חלק שני – פרטים על הבעיה הרפואית – ימלא הרופא.

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.

## חלק א' – פרטים כלליים

שם הפונה: \_\_\_\_\_ 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): \_\_\_\_\_

**בהמשך, על הרופא/ה למלא את החלק הרלוונטי לבעיית הפונה.**

## א. בעיה רפואית או פיזית כללית

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

---

---

---

---

2. פירוט הבדיקות שעשית והתוצאות של כל אחת מן הבדיקות, ומסקנותיך מהן:

---

---

---

---

3. השפעת המגבלה הרפואית – מה ההשפעה של המגבלה על התפקוד היומיומי של הפונה ומה צפויה להיות השפעתה על תפקודו בבחינה?

---

---

---

---

---

---

4. התאמות בבחינה – מהן ההתאמות המתבקשות מן המגבלה של הפונה, ולאילו תקופה מתייחסות ההתאמות המומלצות מטעמך?

---

---

---

---

---

---

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

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

אין באמור לעיל כדי לפגוע בזכותה של לשכת עורכי הדין לקבל חוות דעת שנייה מרופא מומחה. כמו כן, לשכת עורכי הדין שומרת לעצמה את הזכות להזמין למסור עדות לפני כל ערכאה שיפוטית, במידת הצורך.

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

## ב. לקות ראייה ועיוורון

### חדות ראייה

**מרחוק:** ללא תיקון: ימין \_\_\_\_\_ שמאל \_\_\_\_\_ בשתי העיניים \_\_\_\_\_

עם תיקון אופטימלי: ימין \_\_\_\_\_ שמאל \_\_\_\_\_ בשתי העיניים \_\_\_\_\_

**מקרוב:** ללא תיקון: ימין \_\_\_\_\_ שמאל \_\_\_\_\_ בשתי העיניים \_\_\_\_\_

עם תיקון אופטימלי: ימין \_\_\_\_\_ שמאל \_\_\_\_\_ בשתי העיניים \_\_\_\_\_

השיטה שלפיה נמדדה הקריאה: יגר/פיינבלום

### שדה הראייה

תקין, צמצום קונצנטרי 20-40 מעלות, מתחת ל-20 מעלות, ראיית "צינור", חסר מרכזי.

### חלק העין הפגוע

קרנית, קשתית, עדשה, זגוגית, רשתית, עצב ראייה, שרירי עיניים, עפעפיים קורטקס ויזואלי.

### **אבחנה, וכמה מילות הסבר בשפה ברורה:**

---

---

---

**מגבלות תפקוד: האם קיימת מגבלה בקריאה או בכתיבה? אנא פרט:**

---

---

## **אם לפונה יש תעודת עיוור – יש לצרף תצלום שלה.**

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

חתימת הרופא/ה: \_\_\_\_\_ מס' הרישון \_\_\_\_\_ חותמת: \_\_\_\_\_

אין באמור לעיל כדי לפגוע בזכותה של לשכת עורכי הדין לקבל חוות דעת שנייה מרופא מומחה. כמו כן, לשכת עורכי הדין שומרת לעצמה את הזכות להזמין למסור עדות לפני כל ערכאה שיפוטית, במידת הצורך.

אנו מודים לך מראש על מילוי חוות הדעת בהתאם למבוקש בשאלון. לתשומת לבך, הטופס יועבר לעיונו של רופא עיניים, אנא מלא/י פרטים רפואיים מדויקים ומלאים.

## ג. 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 בזכותה של לשכת עורכי הדין לקבל חוות דעת שנייה מרופא מומחה. כמו כן, לשכת עורכי הדין שומרת לעצמה את הזכות להזמין למסור עדות לפני כל ערכאה שיפוטית, במידת הצורך.

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