



**טופס פנייה לבחינת זכאות להתאמות בבחינות**  
**על רקע של מגבלה רפואית (פיזית/חושית/נפשית)**

נבחן/ת יקר/ה<sup>1</sup>,

אנא קרא בקפידה את הפרטים שלפניך:

1. הסמכות למתן זכאות להתאמות בבחינות נתונה בידי המועצה בלבד – וזאת לאחר התייעצות עם הרופא התעסוקתי.
2. בחינת הזכאות להתאמות תגובש על סמך מכלול הנתונים שהיו בידי הרופא התעסוקתי במועד הפנייה הראשוני. אי לכך, הגשת מסמכים חלקיים עשויה להשפיע על החלטת הרופא.
3. הרופא התעסוקתי אינו מתחייב לבחון מחדש זכאות להתאמות על סמך אבחונים / מסמכים רפואיים שאותרו באיחור ולא הוגשו לו עם המסמכים הראשוניים.

**יש לצרף לטופס הפנייה את המסמכים הבאים, בהתאם למקרה:**

- מסמך רפואי עדכני מרופא מומחה המפרט את המגבלה.
- מסמכים רפואיים קודמים (אם קיימים).
- סטודנט המוכר כנכה ע"י המוסד לביטוח לאומי או משרד הביטחון: יש לצרף אישור על נכות ואישורים רפואיים כפי שהוגשו למוסד לביטוח לאומי או למשרד הביטחון לקביעת הנכות.
- אישורים על קבלת התאמות בבחינות הבגרות, בפסיכומטרי ובמוסד האקדמי בו למדת (יובהר כי המועצה אינה מתחייבת לתת אישור רפי שויתנו ראוהדות הלימוד)

למידע ולמסמכים שיימסרו יש חשיבות רבה. לכן חשוב מאוד שתצרף את המסמכים הנדרשים ותמלא את השאלון בכנות, ברצינות ובתשומת לב.

☞ פרטים כללים:

שם:	
שם משפחה:	
ת.ז:	
גיל:	
מין:	
דוא"ל:	

<sup>1</sup> מכאן השאלון מנוסח בלשון זכר, אך פונה לשני המינים

משרד המשפטים  
מנהלת היחידות המקצועיות  
מועצת רואי חשבון



	שם:
	נייד:
	מוסד לימודים:
	ממוצע ציונים בתואר:
	התאמות שאושרו במהלך לימודי התואר:
	תאריך תחילת הלימודים:
	לימודים קודמים (על תיכונים):



האם הנך מוכר כנכה ע"י המוסד לביטוח לאומי או משרד הביטחון: כן W לא

אם כן, פרט:

1. אחוזי נכות: \_\_\_\_\_

2. סעיפי הליקוי: \_\_\_\_\_

3. נכות זמנית / לצמיתות.

4. מועד קביעת הנכות: \_\_\_\_\_

מתי לראשונה התגלו הקשיים וכיצד באו לידי ביטוי?

---



---



---

תאר את הקשיים אותם אתה חווה כיום:

---



---



---

מהן ההשלכות התפקודיות של המגבלות הרפואיות על תפקודך האקדמי?

---



---



---

האם קיבלת התאמות בבחינות הבגרות? כן W לא. אם כן, צרף העתק של האישור הרלוונטי וציין אילו התאמות:

---



---



---

האם קיבלת התאמות בבחינה הפסיכומטרית? כן W לא. אם כן, צרף העתק של האישור הרלוונטי וציין אילו התאמות:

---

האם הנך נוטל W או נטלת בעבר תרופות כלשהן על בסיס קבוע? כן W לא.

אם כן, פרט:

שם התרופה	מינון	סיבת הנטילה	גיל בתחילת הנטילה	סיבת הפסקת הנטילה

ההתאמות המבוקשות בבחינות המועצה:

---



---

משרד המשפטים  
מנהלת היחידות המקצועיות  
מועצת רואי חשבון



מידע נוסף שעשוי לסייע בקבלת ההחלטה:

---

---

---

**מ ש ר ד ה מ ש פ ט י ם**  
**מנהלת היחידות המקצועיות**  
**מועצת רואי חשבון**



✎ אישור לשוחח עם צוות מרכז התמיכה במוסד לימודיך:

בכדי להגיע לידי החלטה בנוגע לתנאים המתאימים עבורך בבחינה, לעיתים יש צורך לקבל מידע נוסף מצוות מרכז התמיכה במוסד לימודיך. חתימתך בסעיף זה מאשרת לנציג מטעמינו להתקשר במידת הצורך לאיש המקצוע הנ"ל.

חתימה: \_\_\_\_\_

הנני מאשר כי על המידע שמסרתי הינו נכון.

חתימה: \_\_\_\_\_

**בהצלחה.**

שים לב: השאלון ממשיך בעמוד הבא ←

יש לעבור לטופס בעמוד הבא ולמסור אותו למילוי ע"י רופא מומחה בהתאם למגבלה.

משרד המשפטים  
מנהלת היחידות המקצועיות  
מועצת רואי השבון





טופס למילוי על ידי רופא

רופא נכבד,

למידע שיימסר על ידך יש חשיבות רבה בקבלת ההחלטה למתן התאמות בבחינות המועצה. אנא התייחס לכלל הקריטריונים המוצגים כדלקמן.

שם הנבחן (שם פרטי ושם משפחה): \_\_\_\_\_

ת.ז.: \_\_\_\_\_

תיאור המגבלה הרפואית: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

היסטוריה של המגבלה הרפואית (באיזה גיל החלה וכיצד באה לידי ביטוי היום): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

אנמנזה (בקצרה): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

תרופות (כולל מינון) (יש לציין האם לתרופות קיימת השפעה על התפקודי הלימודי): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

הערות: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

שם הרופא: \_\_\_\_\_

מס' רישיון: \_\_\_\_\_

מומחיות: \_\_\_\_\_

כתובת המרפאה: \_\_\_\_\_

טלפון: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

חתימה וחותמת הרופא: \_\_\_\_\_



**כתב ויתור סודיות רפואית**

אני החתום/ה מטה נותן/ת בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של בית חולים ו/או לכל קופת חולים, כל רופא, המוסד לביטוח לאומי על כל שלוחותיו או שלטונות צה"ל על כל רופאיו והוועדות הרפואיות, ואדם אחר כלשהו למסור למבקש את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל באופן שידרוש המבקש על מצבי הבריאותי ו/או מצבי הסעודי ו/או השיקומי ובכלל זה כל פגיעה כתוצאה מתאונת דרכים או תאונת עבודה ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר. הנני משחרר/ת את המבקש וכל מי שיוסמך על ידו וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי ו/או כל עובד מעובדכם ו/או מוסד רפואי ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ומוותר על סודיותי הרפואית כלפי הנ"ל ומתיר/ה לכל אדם כאמור לתת כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי. לא תהיה לי כלפי המבקש או כלפי המצוינים לעיל כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור בכתב ויתור זה. הנני מיפה את כוחו של המבקש ו/או כל רופא מטעמכם להגיש בקשת עיון במידע אודותיי המצוי במאגר המידע שבבעלותכם ו/או בחזקתכם. כתב ויתור זה מחייב אותי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

**ולראיה באתי על החתום:**

שם: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

**פרטי המוותר:**

שם: \_\_\_\_\_

ת.ז. \_\_\_\_\_

שם קופת החולים: \_\_\_\_\_

שם הרופא המטפל: \_\_\_\_\_

כתובת הרופא המטפל: \_\_\_\_\_

שם הרופא המומחה שנתן חוות דעת: \_\_\_\_\_



משרד המשפטים  
מנהלת היחידות המקצועיות  
מועצת רואי חשבון



כתובת הרופא המומחה:

---

ס