

תאריך ביצוע האבחון: _____

שאלון למורה/ יועץ חינוכי - טרום אבחון פסיכודידקטי / דידקטי

א. פרטים אישיים:

שם משפחה	שם פרטי
(נבחן): _____	(נבחן): _____
ת.ז.: _____	תאריך לידה: _____
טלפון	מין: ז / נ
בבית: _____	
ארץ לידה:	תאריך עליה:
_____	_____
בית הספר:	כיתה: _____ מגמה: _____
שם המחנך/ת:	טלפון (מחנך/ת): _____
ממתי הינך מכיר/ה את	
הנבחן/ת?	_____
מהן הבעיות שבגללן הובא	
לאבחון?	_____

האבחון המבוקש (נא להקיף בעיגול): פסיכולוגי / דידקטי / משולב (פסיכו-דידקטי)

לפי הידוע לך, מתי החלו הבעיות התפקודיות של התלמיד/ה?

חוות דעת כללית על הנבחן/ת :

ב. תפקוד לימודי (חובה למלא ולצרף תעודה ו/או גיליון ציונים עדכני)

קריאה : (קורא בשטף, קורא עם שיבושים, קורא ללא שימת לב לסימני פיסוק) :

הבנת הנקרא : (כן / לא) אם כן, פרט אילו קשיים :

כתיבה : (קריאות הכתב, עיצוב האותיות, שגיאות כתיב, קצב כתיבה, ארגון הדף וסדר) :

הבעה בעל פה : האם לנבחן יש קושי בהבעה בע"פ? יש להתייחס לאוצר מילים, רהיטות, מורכבות המשפט, שטף, ארגון החשיבה, יכולת הנבחן לבטא את מחשבותיו ורעיונותיו. כן / לא (אם כן, פרט אילו קשיים) :

הבעה בכתב : האם לנבחן יש קושי בהבעה בכתב? יש להתייחס לאוצר מילים, רהיטות, מורכבות המשפט, שטף, ארגון החשיבה, יכולת הנבחן לבטא את מחשבותיו ורעיונותיו. כן / לא (אם כן, פרט אילו קשיים) :

האם קיים פער משמעותי בין הבעה בע"פ לבין הבעה בכתב : כן / לא. איזו מידה (בכמה ציונים משפר?)

מתמטיקה : האם קיים קושי בתחום המתמטי? כן / לא. אם כן, פרט אילו קשיים :

אנגלית : האם קיים קושי באנגלית (התייחס בתשובתך לקריאה, כתיבה, הבעה בע"פ והבעה בכתב)? כן / לא. אם כן, פרט אילו קשיים :

שפה זרה שנייה : האם קיים קושי בשפה שרה אחרת (התייחס בתשובתך לקריאה, כתיבה, הבעה בע"פ והבעה בכתב)? כן / לא. אם כן, פרט אילו קשיים :

ג. תפקודים תפיסתיים

קשיים חזותיים :

קשיים שמיעתיים :

קשיים במוטוריקה :

השתתפות בשיעורים :

הכנת שיעורי בית :

יכולת ריכוז :

התנהגות בכיתה :

מוטיבציה ללימודים : מהי מידת המוטיבציה ללמידה (מתעניין, זקוק לדربון)? באילו תחומים המוטיבציה גבוהה ובאילו נמוכה?

מצבי רוח : תאר את מצבי הרוח האופייני לנבחן (עליז, עצוב, מכונס בעצמו, "קפיצי", תנודות במצב הרוח)

מצבי תסכול : כיצד מגיב למצבי תסכול וכשלון (יכולת התמודדות והתמדה/ נסיגה/ התפרצויות זעם/ יכולת דחיית סיפוקים/ ניסיונות להכחיש ולהסתיר כשלון/ סירוב עזרה/ תלות) :

בעל יוזמה :

מצב חברתי :

אבחונים קודמים : (פרט את סוגי האבחונים שהנבחן עבר (פסיכולוגי/ דידקטי/ אחר) לציין תאריך וממצאים : _____

טיפולים : (פרט את סוגי הטיפולים שהנבחן/ת קיבל/ה בתחומים השונים בביה"ס ומחוצה לו :
ריפוי בדיבור, ריפוי בעיסוק, טיפול פסיכולוגי, תרפיה באומנות, הוראה מתקנת, אחר) תאריך הטיפול, משך הטיפול ומידת השפעת הטיפול לדעתך :

התאמות בדרכי ההבחנות שניתנו עד

כה? _____

על סמך ההכרות עם הנבחן/ת, אילו התאמות בדרכי ההבחנות יכולים לסייע
לו/ה להתמודד בצורה הטובה ביותר עם קשיי הלמידה?

הקשר בין ההורים למורה ולבית הספר :

חוות דעת כללית על

המשפחה : _____

אנא החזרי את השאלון בהקדם, חוות דעתך חשובה לנו!



בברכה,

אדירים רשת לאבחונים ואסטרטגיות למידה

שם ממלא הדו"ח: _____ טלפון (ממלא הדו"ח): _____

חתימה: _____