

טופס פנייה

במידה ואת מעוניינת להפנות את המטופלת שלך למסגרת שלנו נשמח שתעני על השאלות הבאות על מנת שנוכל לבחון את מידת ההתאמה של המטופלת לטיפול שאנו מציעות.

את הטופס יש לשלוח לאפרת אינודרסקי- עו"סית מרכזת את הפניות efrat.i@moh.gov.il

שם המטופלת: _____ מקצוע: _____

טלפון: _____ דואל: _____

פרטי המטופלת:

שם ושם משפחה: _____ גיל: _____ מצב משפחתי: _____

תעסוקה: _____

זכאות לקצבה מביטוח לאומי: כן/לא/אחר _____

שרותי סל שיקום: כן/לא/אחר _____

טלפון: _____ דואל: _____

סיכום פסיכוסוציאלי (תיאור הרקע של המטופלת בקצרה, ילדות, משפחת המוצא, שנות לימוד, יחסים בין האחים וכדומה)

כי נפשנו הדבר

תיאור ההתמודדות של המטופלת: (מהי הטראומה איתה היא מתמודדת, באיזה שנים ארעה וכיצד הסתיימה)

אשפוזים וטיפולים קודמים:

סימפטומים: (מהם הסימפטומים המרכזיים איתם מתמודדת המטופלת: פגיעות עצמיות, אובדנות, ניתוקים, דפוסי אכילה ושינה)

כי הנפשנו הדבר

