מדינת ישראל • משרד הבריאות
המרכז הירושלמי לבריאות הנפש
איתנים • כפר שאול • השירות הקהילתי

לוטוס- שאלון פרטים אישיים

תאריך _____

שם מלא _____ כתובת מגורים _____

טלפון _____ כתובת דואר אלקטרוני _____

אזרחות ישראלית: 1. כן ☐ 2. לא ☐ **אפוטרופסות:** 1. כן ☐ 2. לא ☐

מצב משפחתי: 1. נשואה ☐ 2. רווקה ☐ 3. בזוגיות ☐ 4. אלמנה ☐ 5. גרושה ☐

מספר וגילאי הילדים: 1 ☐___ 2 ☐___ 3 ☐___ 4 ☐___ 5 ☐___ 6 ☐___ 7 יותר ☐___

מגורים: 1. לבד ☐ 2. עם שותפים/ות ☐ 3. עם משפחה ☐ 4. אחר ☐

שנות לימוד: 1. יסודי (8 שנות לימוד) 2. תיכון (12 שנות לימוד) ☐ 3. אקדמאי (מעל 12 שנות לימוד)

מקצוע: _____

עבר תעסוקתי (כמה שנים עובדת/לא עבדתי בכלל, מקומות עבודה): _____

_____

_____

טיפול נפשי: 1. לא ☐ 2. כן ☐

שם המטפל/ת: _____ משך הטיפול: _____

מעקב פסיכיאטרי: 1. לא ☐ 2. כן ☐

שם הרופא/ה: _____ משך הטיפול: _____

ביטוח לאומי: 1. לא ☐ 2. כן ☐ סוג קצבה: נפשי/פיזי

שירותי שיקום: 1. לא ☐ 2. כן ☐ אנא פרטי באילו שירותי שיקום את נעזרת:

_____

שם איש הקשר בסל שיקום: _____

מעגלי תמיכה (קשר עם המשפחה הגרעינית/מורחבת/חברות/קהילה וכדומה):

_____

_____

פרטי איש קשר לפניה במקרה חירום: שם מלא: _____

מספר טלפון: _____ **מה טיב הקשר:** _____

כי בנפשנו הדבר

הרב קצנלבוגן רפאל 101, ירושלים 9382408
Harav Katzenelbogen 101 ,Jerusalem 9382408

15-99-50-60-80

דואר נע צפון יהודה 9097200
D. N. Zfon Yehuda 9097200

סיבת פנייה:

_____

_____

_____

_____

קשיים מרכזיים:

	היה בעבר	יש כיום	פירוט
פגיעה עצמית	☐	☐	
התמכרות (אלכוהול/סמים)	☐	☐	
הפרעות אכילה (אנורקסיה/בולמיה)	☐	☐	
מחשבות אובדניות	☐	☐	
ניסיונות אובדניים	☐	☐	

שימוש בקנביס רפואי (מינון ואופן השימוש)**:** _____

מחלות כלליות (כולל גופניות): _____

אשפוזים קודמים* (מתי היו, משך אשפוז, סיבת הפניה): _____

_____

_____

קופת חולים: 1. כללית ☐ 2. לאומית ☐ 3. מאוחדת ☐ 4. מכבי ☐

סניף: _____

שם רופא/ת משפחה: _____

טיפול תרופתי (שם התרופה ומינון)**:** _____

*במידה והיו אשפוזים קודמים, נא לצרף מכתבי שחרור

כי בנפשנו הדבר