



מרכז קהילתי לבריאות הנפש ע"ש הלל קליין
התחנה לטיפול בילד ובמשפחה
yovel.y@moh.gov.il

פרטי הילד

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
---------	----------	-----------

פרטי הורה

שם פרטי	שם משפחה	מספר טלפון נייד
---------	----------	-----------------

פרטי הורה

שם פרטי	שם משפחה	מספר טלפון נייד
---------	----------	-----------------

תאריך:

נהלים וסדרי קבלה

אנו מעוניינים לתת לכם שירות טוב ויעיל, והדבר מחייב שיתוף פעולה מלא בינינו. לשם כך נבקשכם להקפיד על הכללים הבאים:

1. הטיפול בילד כולל, מטבע הדברים גם את הוריו, לכן תוזמנו גם אתם לפגישות בתחנה. נבקשכם למלא את הטפסים הכוללים את פרטי הילד וההורים להערכה ראשונית.
2. עם מילוי הטופס על-ידיכם אנו פותחים בהליך הקבלה. אם מסיבה כלשהי שניתם את דעתכם לגבי הפנייה לתחנה, אנא הודיעו לנו על כך מיד.
3. יחד עם טופס הפנייה תתבקשו לחתום גם על טופס ויתור על סודיות. חתימה זו תאפשר לנו ליצור קשר עם גורמים נוספים, לצורך קבלת מידע שיסייע לטפל בפנייתכם על הצד הטוב ביותר.
4. מפגש עם ילד בתחנה מותנה בהסכמת שני הוריו, ובחתימת שניהם על הטפסים.
5. אנו מפנים את הזמן עבורכם וזמן הפגישה מוקדש לכם בלבד. שעת הפגישה הנקבעת בתחנה מחייבת את שני הצדדים. אם מסיבה כלשהי אינכם יכולים להגיע, עליכם להודיע על כך לא יאוחר מ- 24 שעות לפני מועד הפגישה. ביטולים חוזרים ללא הודעה מוקדמת יביאו לסיום הטיפול.
6. בנוסף יש לצרף:

- **התחייבות** למנוי אבחוני (מקופת חולים)
- **מכתב ממסגרת חינוכית** לגבי מצבו הרגשי, לימודי, חברתי והתנהגותי
- **סיכומי טיפול קודמים**, אבחונים וכל מסמך רלוונטי לדעתכם

את המסמכים המצורפים יש לשלוח באמצעות פקס או למסור אישית למזכירות המרפאה.

7. פרטי יצירת קשר עם המרפאה:

- **טלפון:** 02-6434377 – אם אין מענה אנא השאירו הודעה ברורה עם שם וטלפון לחזרה.
- פקס: 02-6476313 | דוא"ל: yovel.y@moh.gov.il

אישור ההורים: הריני לאשר בחתימתי כי נהלי הקשר בתחנה הוסברו לי.

שם פרטי	שם משפחה	חתימה
---------	----------	-------

שם פרטי	שם משפחה	חתימה
---------	----------	-------

טלפון: 02-6434377 | פקס: 02-6476313
יאנוש קורצ'אק 36, קריית יובל, ירושלים



מרכז קהילתי לבריאות הנפש ע"ש הלל קליין
התחנה לטיפול בילד ובמשפחה
yovel.y@moh.gov.il

פרטים כלליים

	☐ ז' ☐ נ'				
שם משפחה של הילד/ה	שם פרטי של הילד/ה	גיל	תאריך לידה	מין	מספר זהות

טלפון

כתובת כולל שם שכונה

דת

תאריך עלייה

ארץ לידה

☐ משולבת

☐ חינוך מיוחד

☐ חינוך רגיל

מסגרת

כיתה

שם גן/בית ספר

☐ אחר

☐ ערבי

☐ חרדי

☐ ממלכתי דתי

☐ ממלכתי

זרם מסגרת החינוך

טלפון בבית

כתובת דוא"ל

נייד

שם ההורה

טלפון בבית

כתובת דוא"ל

נייד

שם ההורה

רופא ילדים/משפחה

קופת חולים

האם הילד/ה נוטל טיפול תרופתי קבוע? אם כן נא לפרט

☐ לא ☐ כן:

האם המשפחה מוכרת לשירותי הרווחה? אם כן נא לפרט

☐ לא ☐ כן: (נא לציין שם לשכה ושם העו"ס)

האם הילד טופל/אושפז בעבר?

☐ לא ☐ כן: (פרט)

עם מי הילד מתגורר?

☐ אם לבדה

☐ אב לבדו

☐ אב ואם

☐ אחר:

☐ מוסד

☐ אימוץ

☐ אומנה

☐ בני משפחה אחרים

☐ משמורת משותפת

הערות נוספות:



מרכז קהילתי לבריאות הנפש ע"ש הלל קליין
התחנה לטיפול בילד ובמשפחה
yovel.y@moh.gov.il

פרטים אודות ההורים

		שם פרטי
		שם משפחה
		מספר זהות
		תאריך לידה וגיל
		ארץ לידה
		שנת עליה (אם הייתה)
		השכלה (מספר שנות לימוד)
		מקצוע/תעסוקה
		מקום עבודה
		מצב משפחתי
תאריך נישואים	תאריך נישואים	
תאריך גירושים	תאריך גירושים	
תאריך נישואים נוכחיים	תאריך נישואים נוכחיים	
		מספר ילדים
		מספר טלפון נייד
		דואר אלקטרוני

בטבלה זו מלאו את כל ילדי המשפחה, כולל הילד המופנה, וכולל ילדים שאינם חיים בבית:

<u>שם</u>	<u>תאריך לידה וגיל</u>	<u>גן/בית ספר/מסגרת</u>	<u>מקום מגורים</u>



מרכז קהילתי לבריאות הנפש ע"ש הלל קליין
התחנה לטיפול בילד ובמשפחה
yovel.y@moh.gov.il

אנשים נוספים המתגוררים עם המשפחה:

שם	גיל	קירבה (הורים, ידידים, דיירים וכיו"ב)	הערות

האם מישוהו מבני המשפחה טופל בעבר או מטופל בהווה במרפאה? אם כן, פרט:

האם מישוהו מבני המשפחה בטיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי? פרט:

הארות והערות נוספות:

תודה רבה על שיתוף הפעולה

טלפון: 02-6434377 | פקס: 02-6476313
יאנוש קורצ'אק 36, קריית יובל, ירושלים