

מרכז קהילתי לבריאות הנפש ע"ש הלל קליין
התחנה לטיפול בילד ובמשפחה

שם הילד/ה (פרטי ומשפחה):	
שם ההורה:	מספר טלפון:
שם ההורה:	מספר טלפון:
תאריך:	

נהלים וסדרי קבלה

אנו מעוניינים לתת לכם שירות טוב ויעיל והדבר מחייב שיתוף פעולה ביננו לשם כך. יש להקפיד על הנהלים הבאים:

1. הטיפול בילד כולל, מטבע הדברים, גם את הוריו. לכן, תוזמנו גם אתם לפגישות בתחנה. לשם כך, אתם מתבקשים למלא את הטפסים הכוללים את פרטי הילד וההורים, להערכה ראשונית.
2. עם מילוי הטופס על ידכם, אנו פותחים בתהליכי קבלה. אם מסיבה כלשהי שיניתם את דעתכם והחלטתם לפנות לגורם אחר או לבטל את פנייתכם. אנא הודיעו לנו על כך מיד.
3. יחד עם טפסי הפנייה, תתבקשו לחתום גם על הסכמה לויתור על סודיות. חתימה זו תאפשר לנו ליצור קשר עם גורמים נוספים, בתאום אתכם, ע"מ לקבל מהם מידע שיעזור לנו לטפל בפנייתכם ביעילות.
4. מפגש עם ילד בתחנה, מותנה בהסכמת שני הוריו ובחתימת שניהם על הטפסים.
5. שעת הפגישה הנקבעת בתחנה מחייבת אותנו ואתכם. אם מסיבה כלשהי אינכם יכולים להגיע, עליכם להודיע לנו על ביטול הפגישה, לא יאוחר מ- 24 שעות לפני מועד הפגישה. ביטולים חוזרים ללא הודעה מוקדמת יביאו לסיום הטיפול.
6. לטפסים אלו יש לצרף: (א) התחייבות למנוי אבחוני, קטין (מקופ"ח), (ב) מכתב ממסגרת חינוכית לגבי מצבו הרגשי, לימודי, חברתי והתנהגותי, (ג) סיכומי טיפול קודמים, אבחונים וכל מסמך רלוונטי. את המסמכים המצורפים יש לשלוח לפקס או למייל של המרפאה.
7. להלן פרטי יצירת קשר עם המרפאה:

טלפון: 02-6434377. אם אין מענה, אנא השאירו הודעה ברורה עם שם וטלפון לחזרה.

פקס: 02-6476313 **מייל:** yovel.y@moh.health.gov.il

הנני מאשר כי נהלי הקשר בתחנה הובהרו לי.

שם ההורה: _____ שם ההורה: _____

חתימה: _____ חתימה: _____

מרכז קהילתי לבריאות הנפש ע"ש הלל קליין
התחנה לטיפול בילד ובמשפחה
פרטי הילד

	שם משפחה של הילד/ה
	שם פרטי של הילד/ה
	מין
	תאריך לידה
	גיל
	ת.ז.
	ארץ לידה
	תאריך עליה
	שם גן/ ביי"ס וכיתה
חינוך רגיל/ מיוחד/ משולב	מסגרת
	כתובת מגורים ושכונה
	קופ"ח
	האם הילד נוטל תרופות באופן קבוע? ואם כן, אילו?
כן/ לא	האם המשפחה מוכרת בלשכת הרווחה
	האם הילד טופל/ אושפז בעבר. פרט:
אב ואם/ אב לבדו/ אם לבדה/ משמורת משותפת/ בני משפחה אחרים/ אומנה/ אימוץ/ מוסד/ אחר: _____	עם מי הילד מתגורר?
	הערות נוספות:

פרוט סיבת הפנייה:

מתי החלה הבעיה? _____ האם הילד מסכן את עצמו או אחרים? _____
 פניות: בעצמכם/בעצת קרובים או חברים/ רופא/ ביי"ס/ פסיכולוג/ רווחה/ פקיד סעד/ אחר: _____

מרכז קהילתי לבריאות הנפש ע"ש הלל קליין
התחנה לטיפול בילד ובמשפחה
פרטי ההורים

		שם משפחה
		שם פרטי
		ת.ז.
		מין
		תאריך לידה וגיל
		ארץ לידה (תאריך עליה אם הייתה)
		מצב משפחתי (במידה והיו גירושין נא לציין תאריך)
		מספר ילדים
		מספר שנות לימוד
		תעסוקה
		כתובת מגורים ושכונה
		טלפון
		דוא"ל

ציינו את כל ילדי המשפחה, כולל הילד המופנה וילדים שאינם גרים בבית:

שם	גיל	בי"ס / מסגרת	היכן מתגורר

_____ האם מתגוררים אנשים נוספים עם המשפחה? אם כן, פרט:

_____ האם מישו מבני המשפחה קיבל בעבר או מקבל בהווה טיפול במרפאה? אם כן, פרט:

_____ האם מישו מבני המשפחה בטיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי? פרט:

מרכז קהילתי לבריאות הנפש ע"ש הלל קליין התחנה לטיפול בילד ובמשפחה

האם ישנן הערות נוספות או פרטים חשובים נוספים?

אישור ויתור על סודיות

חתימתכם תאפשר לנו ליצור קשר עם גורמים נוספים, בתאום אתכם, ע"מ לקבל מהם מידע שיעזור לנו לטפל בפנייתכם ביעילות.

• אני _____ הורה הילד: _____

נותנת/ת בזה את הסכמתי למתן טיפול פסיכולוגי לילד/ה בתחנה.

אני מסכימ/ה, שכל החומר המצוי ברשותכם אודות משפחתנו, יועבר לידי התחנה לבריאות הנפש.

תאריך: _____ חתימה: _____ ת.ז.: _____

• אני _____ הורה הילד: _____

נותנת/ת בזה את הסכמתי למתן טיפול פסיכולוגי לילד/ה בתחנה.

אני מסכימ/ה, שכל החומר המצוי ברשותכם אודות משפחתנו, יועבר לידי התחנה לבריאות הנפש.

תאריך: _____ חתימה: _____ ת.ז.: _____