

מדבקה

מספר זהות

שם משפחה

שם פרטי

כתובת

רחוב

מס' בית מס' כניסה דירה

שכונה

ישוב מיקוד

טלפון 1:

טלפון 2:

לטלפן לכתוב

פקס:

דוא"ל:

מוסד:

תאריך לידה

שנה | חודש | יום

שנה | חודש | יום

מספר ילדים

סמן בעיגול את הקוד המתאים

תאריך עליה

ארץ לידה

שם האב

ארץ לידת האב

שם האם

ארץ לידת האם

פרטים אישיים

זכר נקבה

מצב משפחתי

- 10 רווק/ה
- 11 ידוע/ה בציבור
- 20 נשוי/אה
- 21 נשוי/נפרד
- 22 נשוי בן זוג אחר
- 30 גרושה/ה
- 40 אלמן/נה
- 99 לא ידוע

אפוסטרופוס

סמן בעיגול את הקוד המתאים

- 1 אין
- 2 קטין
- 3 לגופו
- 4 לרכושו
- 5 לגופו ולרכושו

מעמד אזרחי

סמן בעיגול את הקוד המתאים

- 1 אזרח ישראלי
- 2 חייל/בטחון
- 4 תייר/תושב חוץ
- 5 תושב שטחים
- 7 עובד זר
- 98 אחר
- 99 לא ידוע

דת/לאום

סמן בעיגול את הקוד המתאים

- 1 יהודי
- 2 מוסלמי ערבי
- 3 מוסלמי לא ערבי
- 4 נוצרי ערבי
- 5 נוצרי לא ערבי
- 6 דרוזי
- 7 ללא דת
- 8 אחר
- 9 לא ידוע

שירות צבאי

משך בחודשים

משרת במילואים פרופיל אחרון

מס' אישי

מס' תיק במשרד הביטחון

נתוני תייר

אזרחות

מס' דרכון

חברת ביטוח

מספר פוליסה

איש קשר בקונסוליה

פרטים נוספים

שם קודם

שם נוסף

מס' חדרים בדירה מס' נפשות בדירה

ניצול שואה

קרו לחסויים

מספר חסוי בקרו

כן לא

קופת חולים

סמן בעיגול את הקוד המתאים

- 1 כללית
- 2 לאומית
- 3 מכבי
- 4 מאוחדת
- 5 חברת ביטוח
- 6 צה"ל
- 7 אחר
- 8 ללא ביטוח
- 9 לא ידוע

מוסר הפרטים

סמן בעיגול את הקוד המתאים

- 1 הפונה עצמו
- 2 אחר - עם הפונה
- 3 אחר - בלי הפונה
- 4 מכתב
- 5 טלפון

הערות:

ממלא הטופס: שם חתימה

מדבקה

מספר זהות

שם משפחה

שם פרטי

סוג קרבה

סמן קוד מתאים בטבלה למטה

10	בן/בת זוג	40	נכד/נכדה	70	אח	86	שכן/שכנה	92	חותן/חותנת	97	ידועה/בציבור
20	בן	50	אב	71	אח חורג	87	אפוטרופוס	93	חתן/כלה	98	אחר
21	בן חורג	51	אב חורג	80	אחות	88	ערב	94	גיס/גיסיה		
30	בת	60	אם	81	אחות חורגת	90	בן/בת דוד	95	דוד/דודה		
31	בת חורגת	61	אם חורגת	85	חבר/חברה	91	סבא/סבתא	96	אחיין/אחיינית		

סוג קרבה	שם משפחה	שם פרטי	כתובת	טלפון	איש קשר	גר בבית הפונה	הייה בטיפול נפשי	מקבל הקיצבה

טיפול נפשי קודם אשפוזים פסיכיאטרים בבתי חולים אחרים

בית חולים תאריך קבלה | | | | שנה | חודש | יום

תאריך שחרור | | | שנה | חודש | יום

בית חולים תאריך קבלה | | | | שנה | חודש | יום

תאריך שחרור | | | שנה | חודש | יום

המקום שם המטפל שנת סיום

טיפול נפשי מרפאתי קודם במסגרת אחרת

נתונים על פונה ילד			מצב משפחתי - אב	תעסוקת האב	
10	רווק	21	נשוי/נפרד	40	אלמן
11	ידוע בציבור	22	נשוי בן זוג אחר	80	נפטר
20	נשוי	30	גרוש	99	לא ידוע
10	רווקה	21	נשואה/נפרדה	40	אלמנה
11	ידועה בציבור	22	נשואה בן זוג אחר	80	נפטרה
20	נשואה	30	גרושה	99	לא ידוע

מצב משפחתי - אב
סמן בעיגול את הקוד המתאים

מצב משפחתי - אם
סמן בעיגול את הקוד המתאים

תעסוקת האב

מספר שנות לימוד האב

תעסוקת האם

מספר שנות לימוד האם

עם מי גר הילד

ילד מאומץ לא כן

שם בית הספר/הגן כיתה

1 אב ואם 2 אב לבדו 3 אם לבדה

4 בני משפחה אחרים 5 אומנה 6 מוסד

7 לבד 8 אחר 9 לא ידוע

ממלא הטופס: שם חתימה

המרפאה הקהילתית לבריאות הנפש
מעלה אדומים

שאלון להורים הפונים למרפאה:

שם הילד המופנה: _____ תאריך לידה ____/____/____ מיקום במשפחה: _____
פירוט הבעיה שבגללה אתם פונים לעזרה:

מתי החלה הבעיה? _____
פנינו / הופנינו:

1. בעצמנו
2. לפי עצת קרובים
3. על ידי רופא ילדים / משפחה: שם הרופא _____ סניף: _____
4. על ידי ביה"ס: מורה/ יועצת/ פסיכולוגית/ עו"ס/ אחות: _____
5. הפנייה מסוכנות אחרת: _____

פרטי המשפחה:

האם: _____ תאריך לידה ____/____/____ ארץ מוצא: _____
האב: _____ תאריך לידה ____/____/____ ארץ מוצא: _____
שפה מדוברת בבית _____

האם המשפחה מטופלת בלשכה הסוציאלית? לא / כן. אם כן, פרטי אצל מי ולגבי מה:

ילדי המשפחה:

שם	מין	תאריך לידה	מסגרת חינוכית	האם סובלת מקשיים רפואיים / התפתחותיים / לימודיים	
					1
					2
					3
					4
					5
					6

המרפאה הקהילתית לבריאות הנפש
מעלה אדומים

רקע רפואי של הילד המופנה:

שם הרופא המטפל בילד: _____

כתובת המרפאה: _____

מצב בריאותי נוכחי: תקין / לא תקין, אם לא פרטי:

האם הילד מקבל תרופות באופן קבוע? לא / כן, אם כן פרטי:

מהלך ההריון: תקין / לא תקין, אם לא פרטי:

באיזה שבוע של ההריון נולד/ה? _____ משקל בלידה: _____

לידה רגילה / קיסרית / אחרת, האם היו קשיים בלידה? לא / כן, אם כן פרטי:

האם הילד סובל / סבל ממחלות קשות או ממושכות, אשפוזים, ניתוחים, תאונות: לא / כן, אם כן

פרטי:

האם הילד חווה טראומטית (תקיפה אלימה, פיגוע, תאונת דרכים וכדומה)? לא / כן. אם כן,

פרטי:

נעשתה בדיקת ראייה: לא / כן, פרטי: _____

נעשתה בדיקת שמיעה: לא / כן, פרטי: _____

האם מישהו במשפחה המורחבת סבל ממחלה קשה או ממושכת, אשפוז, ניתוח, תאונה? לא / כן,

פרטי: _____

האם מישהו מבני המשפחה נפטר? לא / כן. אם כן, פרטי:

מידת הקירבה: _____ מתי _____

הגורם לפטירה: _____

האם קיימות במשפחה המורחבת (סבים, סבתות, דודות) בעיות התפתחותיות, מחלות כרוניות,

בעיות נפשיות? לא / כן. אם כן פרטי:

המרפאה הקהילתית לבריאות הנפש
מעלה אדומים

רקע התפתחותי:

האם הנכם מתרשמים שילדכם מתקשה או התקשה בעבר באחד מהתחומים הבאים:

תחומים	לא	כן	פרטי
מוטוריקה גסה (זחילה, ישיבה, הליכה, ריצה, וכו')			
מוטוריקה עדינה (ציור, השחלה, גזירה וכו')			
תקשורת (קשר עין, הדדיות)			
שפה ודיבור (הבנה, הבעה, רצף, היגוי)			
קשב וריכוז			
יצירת קשרים חברתיים			
התנהגות (דיכאון, חרדה, תנועתיות יתר, קשיים במשמעת, בעיות הסתגלות)			
אכילה			
שינה			
שליטה על צרכים (צואה, שתן)			
פרידה מן ההורים			
רגישויות (למגע, ריחות, קולות)			
קשיים בוויסות			
קשיים לימודיים			
אחר			

המרפאה הקהילתית לבריאות הנפש
מעלה אדומים

האם הילד היה בטיפול של:

התחום	לא	כן	הגורם המטפל	מתי	סיבת הפניה
אשפוז פסיכיאטרי					
פסיכיאטר					
נוירולוג					
טיפול רגשי					
שירותי רווחה					
יועצת ביה"ס					
פיזיותרפיסט/ית					
מרפא/ה בעיסוק					
קלינאית תקשורת					
גנת שי"ח					
הוראה מתקנת					
אחר					

האם מישהו מבני המשפחה (הורים, אחים, משפחה מורחבת) היה באחד הטיפולים הנ"ל? לא / כן. אם כן, פרטי: _____

ממלא הטופס:

שם: _____ קירבה: _____ תאריך: ____/____/____ חתימה: _____