



המרכז הקהילתי לבריאות הנפש בית שמש
beit.shemesh@moh.gov.il

שאלון פרטים אישיים ורפואיים

שם מלא	מספר זהות	תאריך
1. סיבת הפניה (אנא פרטי/י ככל הניתן):		
2. הגורם המפנה:		
3. האם טופלת בעבר? ☐ כן ☐ לא; אם כן , כמה זמן ארך הטיפול? _____		
היכן טופלת? _____		
האם הטיפול עזר? ☐ כן ☐ לא; אם כן , מה היה הטיפול שעזר לך? _____		

מה השתנה בעקבות הטיפול? _____		

4. האם אושפזת בעבר? ☐ כן ☐ לא; אם כן , מדוע הוחלט על אשפוז? _____		
היכן אושפזת לאחרונה? _____		
מה היה משך האשפוז? _____		
מה הייתה האבחנה שניתנה באשפוז? _____		
5. האם את/ה מוכר/ת במוסד לביטוח לאומי? ☐ כן ☐ לא;		
אם כן , כמה אחוזי נכות? נפשית: _____ גופנית: _____		
האם את/ה מקבלת/ת קצבה של הביטוח הלאומי? ☐ כן ☐ לא;		
האם את/ה מקבלת/ת שירותי 'סל שיקום'? ☐ כן ☐ לא; אם כן, אילו שירותים? _____		

6. האם את/ה בתהליך של תביעת חברת ביטוח? ☐ כן ☐ לא; אם כן , אנא פרטי/י במה מדובר:		



המרכז הקהילתי לבריאות הנפש בית שמש
beit.shemesh@moh.gov.il

7. האם ישנם חובות כספיים או תביעות כספיות שקשורות לפנייתך אלינו ☐ כן ☐ לא; **אם כן**

פרט/י: _____

8. האם את/ה מעורב/ת במשפט פלילי? ☐ כן ☐ לא; **אם כן**, מתי הדיון הבא? _____

באיזו אשמה? _____

9. האם יש שימוש בסמים? ☐ כן ☐ לא; האם יש לך התמכרות כלשהיא ☐ כן ☐ לא; אם כן, איזו (סמים, אלכוהול, עבודה, מין, אחר)

10. האם חווית אלימות בעבר לאחרונה? (נפשית/ כלכלית/ פיזית/ מינית) ☐ כן ☐ לא;

11. האם היו מחשבות או פעולות של פגיעה עצמית / אובדנות? ☐ כן ☐ לא;

12. האם חווית אובדן טרגי של אדם קרוב (הורה, אח, בן-זוג, ילד) ☐ כן ☐ לא;

13. מה את/ה מצפה לקבל אצלנו בטיפול? _____

הערות והארות: _____

תודה על שיתוף הפעולה