

### טופס פנייה למרפאת ילד ונוער

טלפון: 04-8559376, פקס: 04-8559394, דוא"ל: [marina.z@psmh.health.gov.il](mailto:marina.z@psmh.health.gov.il)

**\*אנא מלאו את הטופס בפירוט מרבי על מנת שנוכל לתת את המענה המתאים ביותר\***

תאריך פנייה: | קופת חולים: |

שם הילד: | ת.ז.: |

כתובת: | עיר: |

תאריך לידה: | כיתה: | בית ספר/ גן: |

שם האם: | שם האב: |

טלפון בבית: | טלפון נייד: |

דוא"ל: |

סיבת פנייה (פרט): |  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### רקע משפחתי

הורים (סמן ✓): □ נשואים □ פרודים □ גרושים □ רווקים

מסי' אחים ומיקומו של הילד בן האחים: |

האם היו או ישנן בעיות התפתחותיות או בריאותיות (למשל: ראייה/ שמיעה/ איחור בהתפתחות שפה/ מוטוריקה/ מוגבלות שכלית התפתחותית/ מחלות נוירולוגיות/ אפילפסיה)? □ לא

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

\*נא לצרף את תוצאות בדיקות

רח' האלה 17, טירת כרמל, 3911917, ת.ד. 9, טלפון: 04-8559222, פקס: 04-8559216

17, ELA ST., Tirat Carmel 3911917, P.O.Box.9, Tel: 04-8559222, Fax: 04-8559216

אתר המרכז: [www.tiratcarmel-med.org.il](http://www.tiratcarmel-med.org.il)

האם עבר אבחון בעבר (מתי, אצל מי, וסיבת הפנייה) (סמן ✓ ופרט אם כן): <input type="checkbox"/> לא
<input type="checkbox"/> פסיכיאטרי:
<input type="checkbox"/> פסיכולוגי:
<input type="checkbox"/> פסיכודידקטי:
<input type="checkbox"/> אחר:

\* נא לצרף את סיכומי האבחון

האם היה בטיפול בעבר (התפתחות הילד, פסיכיאטרי, פסיכולוגי, אם כן - מתי, אצל מי, סיבת הפנייה): <input type="checkbox"/> לא
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

שימו לב: אנא צרפו מסמכים רלוונטיים, דו"חות אבחון, מסמכים רפואיים, דו"ח סוציאלי, דו"חות מהגן/ בית הספר, סיכומי טיפולי וכדומה.

אינפורמציה נוספת שתעזור לנו להכיר את בנכם/ בתכם:
_____
_____
_____

באיזו עזרה אתם, ההורים, מעוניינים (סמן ✓, ניתן לסמן יותר מאפשרות אחת):
<input type="checkbox"/> הערכה רב מקצועית ובניית תכנית טיפול.
<input type="checkbox"/> טיפול פרטני רגשי/ ריפוי בעיסוק / טיפול קבוצתי / מעקב רפואי
<input type="checkbox"/> ייעוץ במסגרת היחידה לילדים חרשים וכבדי שמיעה.
<input type="checkbox"/> אחר, פרט:

שם המפנה ותפקידו:	טלפון:
-------------------	--------

שם ממלא הטופס ותפקידו:	טלפון:
------------------------	--------

חתימת האם:	חתימת האב:
------------	------------

\*יש צורך בחתימת שני ההורים על הטופס.  
\*במידה וההורים גרושים נא צרפו צילום תעודת זהות של שני ההורים, כולל ספח.