

טופס מותאם למילוי במחשב

איך ממלאים את הטופס?

שולחים



שלחו את הטופס בדואר אלקטרוני או בפקס, בהתאם להנחיות המפורטות מטה.

ממלאים



מלאו את הטופס. אם יש צורך בחתימה, מלאו את שמכם וסמנו בתיבת הסימון לצד שמכם.

אל תשכחו לשמור (save)

בטפסים בהם נדרשת חתימה ידנית לא ניתן להתום דרך המחשב. הדפיסו את המסמך וחתמו עליו בעט.

שומרים



הורידו את הקובץ ושמרו אותו על המחשב, באמצעות כפתור Download

הקובץ לא נפתח? יש לפתוח את הקובץ באמצעות הגרסה העדכנית של תוכנת אדובי רידר (Adobe Reader). אם התוכנה אינה מותקנת על המחשב שלכם, [הורידו אותה בחינם מאתר Adobe](#) <



אם התוכנה מתריעה שיש להוריד חבילת גופנים (fonts), אשרו והתקינו אותה לפי ההוראות. לא הצלחתם? למידע נוסף על פתיחת קבצי PDF והתקנת תוכנת אדובי רידר <

אנא שימו לב לכך שמידע הנשלח באמצעות דואר אלקטרוני עלול להיחשף בפני גורמים לא רצויים ברשת האינטרנט. בעצם משלוח מידע למכבי שירותי בריאות באמצעות דואר אלקטרוני, הנכם פוטרם את מכבי שירותי בריאות מאחריות לדליפת המידע לגורמים לא רצויים ברשת האינטרנט, וזאת בטרם הגיע המידע אל מכבי שירותי בריאות.



שימו לב, יש למלא את השאלונים בכתב ברור ובעט שחור בלבד.

חלק א': פרטים אישיים תאריך מילוי השאלון: ____/____/____ שם ממלא/ת השאלון: _____
גורם מפנה: _____ סיבת ההפניה למכון: _____

פרטי הילד/ה:

שם משפחה:	שם פרטי:	ת.ז (9 ספרות):	תאריך לידה:	מין:
		□□□□□□□□	____/____/____	זכר נקבה
ארץ לידה:				מסגרת הינוכית, פרט/י:

פרטי המשפחה:

כתובת:	טלפון בית:	דואר אלקטרוני:

פרטי הורה 1:

שם:	גיל:	ארץ לידה:	שנת עלייה:	שנת לימוד:	עיסוק:	טל' נייד:
מצב בריאותי:						בעיות התפתחותיות בעבר ו/ או בריאותיות בהווה כגון ליקויי למידה, קשיי קשב, בעיות בריאות:

פרטי הורה 2:

שם:	גיל:	ארץ לידה:	שנת עלייה:	שנת לימוד:	עיסוק:	טל' נייד:
מצב בריאותי:						בעיות התפתחותיות בעבר ו/ או בריאותיות בהווה כגון ליקויי למידה, קשיי קשב, בעיות בריאות:

מצב משפחתי: _____ נשואים _____ אם/אב חד הוריים _____ גרושים _____ אחר, פרט/י: _____
 קרבת דם בין ההורים: _____ לא _____ כן, פרט/י: _____
 האם הנכם דוברי עברית? _____ כן _____ לא, פרט/י: _____
 לאלו שפות השוף/ה ילדכם/ילדתכם? _____
 איש קשר לקביעת תורים: _____ הורה 1 _____ הורה 2 _____ אחר, שם: _____ טלפון: _____ דוא"ל: _____

פרטי ילדים נוספים במשפחה:

שם:	מין:	גיל:	בעיות בריאותיות והתפתחותיות:
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

האם ילדים נוספים במשפחה נבדקו במכון להתפתחות הילד או עברו אבחון על ידי מרפאה בעיסוק? פרט/י: _____

חלק ב': מידע על הילד/ה

מידע התפתחותי

אם הנכם מתרשמים שילדכם/ילדתכם מתקשה באחד התחומים אנא סמנו V ופרטו במה:

תחום התפתחות	לא מתקשה	מתקשה קלה	מתקשה במידה בינונית	מתקשה במידה רבה	הערות
יכולות מוטוריות בסיסיות: זחילה, הליכה, ריצה					
מוטוריקה גסה / תנועה במרחב: לדוגמא: שימוש במתקני חצר, משחקי כדור, פעילות גופנית					
פעילויות בידיים / מוטוריקה עדינה: לדוגמא: ציור, כתיבה, גזירה, העתקת צורות, עבודות יצירה, משחקי הרכבה					
רגישות גבוהה מידי לגירויים חושיים: מגע, שמיעה, ריח, טעם, ראייה, תנועה					
רגישות נמוכה מידי לגירויים חושיים: לא שם לב / מגיב/ה פחות לגירויי מגע/ כאב/ טמפרטורה/ שמיעה/ ריח/ טעם					
יכולות של קשב וריכוז: התמדה בפעילות / לא מוסח/ת בזמן משחק, בשעת ריכוז, בפעילות לימודית					
היפראקטיביות / אימפולסיביות: תנועתיות מותאמת לגיל, מחכה בסבלנות לתורו/ה, חושב/ת לפני שפועל/ת					
התארגנות: מתארגן/ת בזמן למטלות ופעילויות ו/או מתארגן/ת עם חפצים / מטלות, ו/או מתארגן/ת עם רצף פעולות באופן עצמאי					
יזומה / מוטיבציה: מעלה רעיונות למשחקים חדשים, מגוון/ת בסוגי המשחקים, מגלה סקרנות ועניין בסביבה					
שפה: מבין/ה את הנאמר, אוצר מילים מתאים, מצליח/ה לבטא את עצמו/ה					
דיבור: הגוי תקין, דיבור שוטף					
תקשורת: יוצר/ת קשר עין, מגיב/ה לילדים/ מבוגרים בהתאם לסיטואציה					
יכולת למידה: זוכר/ת חומר חדש, שולט/ת במושגי יסוד כגון צבע, צורות					
התנהגות: לדוגמא: מסתגל למצב חדש, אין קשיי משמעת / אין התפרצויות זעם / אין תוקפנות					
מצב רגשי: בטוח/ה בעצמו, אין סימוני חרדה, אין קשיי פרידה, קיים בטחון עצמי, מופנם/ת / ביישן/ית, אין סף תסכול נמוך					
שליטה על צרכים:					

קושי אחר ומידע נוסף:

האם הו/ישנם קשיים במסגרת הגנית/בית ספרית?

האם הילד/ה אובחן/ה או נבדק/ה בעבר עקב קשיים התפתחותיים? (פרט/י האבחונים שבוצעו, מתי והיכן וצרף/י הדוחות):

האם מקבל/ת טיפולים אחרים? אם כן, סמן/י ב-V:

פסיכולוג/ית עובד סוציאלי/ת פיזיותרפיסט/ית מרפא/ת בעיסוק קלינאי/ת תקשורת גנן/ת שי"ח

פרט/י:

באיזה תחום הקושי הוא הרב ביותר ובו הייתם רוצים עזרה עבור הילד/ה:

האם יש מידע נוסף שברצונכם לציין?

מידע רפואי

מוהלך הריון ולידה:	תקין	לא תקין, פרט/י: _____
בעיות רפואיות:	לא	כן, פרט/י: _____
קבלת תרופות באופן קבוע:	לא	כן, פרט/י: _____
האם נעשו בדיקות ראייה?	לא	כן, זמן ותוצאות הבדיקה: _____
האם נעשו בדיקות שמיעה?	לא	כן, זמן ותוצאות הבדיקה: _____

בהתאם להנחיות משרד הבריאות:

- הטיפולים כרוכים בתשלום השתתפות עצמית.
- אם ילדכם/ילדתכם יימצא/תימצא זקוק/ה לטיפולים בתחום התפתחות הילד, תהיו זכאים לקבלת הטיפולים תוך 3 חודשים מיום קבלת הטפסים במכון להתפתחות הילד בשלמותם. במידה ומשך ההמתנה יתארך מעבר לכך, תוכלו לקבל החזרים כספיים עבור טיפולים פרטיים, בכפוף לקבלת אישור מהגורם המקצועי המוסמך במכבי.

חתימת ההורים:

הקלדת שם מלא וסימון V יחשבו כחתימה

הורה 1:	הורה 2:	תאריך:
_____	_____	____/____/____

הסכמה לשליחת סיכומי אבחון / טיפול בהתפתחות הילד בדואר רגיל או דוא"ל

אני הח"מ מאשר/ת ומסכים/ה בזאת כדלהלן:
 נמסר לי שככלל, "מכבי שירותי בריאות" נוהגת לשלוח מסמכים הכוללים מידע רפואי בדואר רשום בלבד.
 יחד עם זאת, אני מאפשר/ת ל"מכבי שירותי בריאות" להעביר אלי את החומר הרפואי באחת מן האפשרויות הבאות:

משלוח בדואר אלקטרוני, לכתובת: _____

משלוח בדואר רגיל, לכתובת: _____

צפיה במסמכים באתר לבעלי סיסמא למכבי Online, בכתובת online.maccabi4u.co.il

כל זאת בכפוף לקבלת הסכמתי המפורשת, תוך ידיעה שהסיכום כולל מידע רפואי אודות ילדי.
 ידוע לי, כי משלוח בדואר רגיל אינו ניתן למעקב כמו משלוח בדואר רשום, וכי בהגעת הסיכום לכתובת המגורים שלי, קיים סיכון שהנ"ל יימסר למישהו אחר חוץ ממני, ולא באופן אישי לידי, על כל המשתמע מכך. בהתאם לכך, אני פוטר/ת את מכבי מכל אחריות בקשר לאי הגעת הסיכום לידי או לעיון בו על-ידי מי שאינו מורשה לכך על ידי.
 ולראיה באתי על החתום:

תאריך:	שם הילד/ה:	מספר ת.ז.:

הקלדת שם מלא וסימון V יחשבו כחתימה

שם הורה 1:	חתימה:
שם הורה 2:	חתימה:

* לתשומת לב - גם במקרה של הורים נשואים וגם במקרה של הורים גרושים - חובה על 2 ההורים לחתום גם יחד.