

טופס מותאם למילוי במחשב



3. שולחים

שלחו את הטופס במייל או
בפקס בהתאם להנחיות
המפורטות מטה.



2. 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
לחתום דרך המחשב.
הדפיסו את המסמך וחתמו
עליו בעט.



1. שומרים

הורידו את הקובץ ושמרו
אותו על המחשב באמצעות
Download.

הקובץ לא נפתח?



יש לפתוח את הקובץ באמצעות הגרסה העדכנית של תוכנת אדובי רידר (Adobe Reader).
אם התוכנה לא מותקנת על המחשב שלך, [אפשר להוריד אותה בחינם מאתר Adobe](#)

אם קיבלת הודעה שצריך להוריד או להתקין חבילת גופנים (Fonts), יש לאשר ולהמשיך
בהתקנה לפי ההוראות.

משהו לא מסתדר? [למידע נוסף על פתיחת קבצי PDF והתקנת תוכנת אדובי רידר](#)

לתשומת לבך!



מידע שנשלח במייל עלול להיות חשוף לגורמים לא רצויים באינטרנט.
שליחת מידע במייל למכבי שירותי בריאות פוטרת את מכבי מאחריות על דליפת מידע
שהתרחשה כתוצאה מהשימוש במייל.

בחירת מרפאה

מומלץ לבחור את המכון הקרוב ביותר למקום המגורים

מרפאות לבריאות הנפש לטיפול בילדים ונוער

נהריה שלוחת נהריה אחד העם 8 טלפון: 08-6164768, פקס: 076-2284309 נוף הגליל מכבי נוף הגליל מעלה יצחק 14 טלפון: 04-8781500, פקס: 076-8893500 נתניה מכבי נתניה שד בנימין 21 טלפון: 09-8924271, פקס: 073-2284029 קרית אונו מכבי קרית אונו הדובדבן 7 טיפול בהפרעות קשב ואתגרים רגשיים – התנהגותיים טלפון: 03-6233120, פקס: 073-2132343 קריית אתא מכבי קריית אתא העצמאות 42 טלפון: 04-8808113, פקס: 073-2284588 קריית שמונה מכבי קרית שמונה שד תל חי 93 טלפון: 04-6944166, פקס: 076-8893575 ראשון לציון מכבי שרירא שמואל שרירא 3 טלפון: 03-9406350, פקס: 03-5627570 רחובות מכבי מרכז המכונים רחובות אופנהיימר 2 טלפון: 08-6866715, פקס: 073-2284811 שדרות מכבי שדרות כיכר הנשיא 1 טלפון: 08-6891855, פקס: 03-7178576 תל אביב מכבי השלום תל אביב אלון יגאל 96 טלפון: 03-7614350, פקס: 076-8893225	אשדוד מכבי אשדוד רובע ב' קבוץ גלויות 1 טלפון: 08-6866050, פקס: 073-2132290 אילת מכבי אילת הפתן 5 טלפון: 08-6866555, פקס: 073-2132372 באר שבע מכבי סניף י"א ב"ש הרב הרצוג 2 טלפון: 08-6867914, פקס: 073-2284607 הוד השרון מכבי הוד השרון הבנים 14 טלפון: 09-7478133, פקס: 073-2284110 חדרה קניון מול החוף, בולג' פרופ' דן שכטמן 10 טלפון: 04-6165600, פקס: 03-7178427 חיפה מכבי גרנד קניון גולן שמחה 54 טלפון: 04-8119269, פקס: 073-2284326 ירושלים מכבי פסגת זאב תורן חיים 45 טלפון: 02-5940417, פקס: 076-8893334 יוקנעם מכבי יוקנעם שד' יצחק רבין 9 טלפון: 04-9936127, פקס: 073-2284372 מודיעין המרכז לבריאות הילד מודיעין עמק דותן 53 טלפון: 08-9735666, פקס: 073-2284445 מכבים מכבי מכבים נוף קדומים 3 טלפון: 08-9735666, פקס: 076-8893725
---	---

מרפאות להפרעות אכילה

בפניה למרפאת הפרעות אכילה, יש לצרף הפניית רופא לטופס זה

נתניה מכבי נתניה קריית השרון שד לנטוס טום 26 טלפון: 09-8869474, פקס: 073-2284110 (החל מגיל 12) מודיעין מכבי מודיעין גולדה מאיר 94 טלפון: 08-6405614, פקס: 076-8893708 (גילאי 12-18)	גבעתיים מכבי גבעתיים עמישב 45 טלפון: 03-5726209, פקס: 03-7178396 (החל מגיל 12) חיפה מכבי גרנד קניון גולן שמחה 54 טלפון: 04-8119219, פקס: 073-2284326 (החל מגיל 10)
---	--

מרפאות לטיפול בהתמכרויות

רחובות מכבי מרכז המכונים אריה שושן 1 טלפון: 08-6866715, פקס: 073-2284811 (גילאי 12-18)
--

כללי

יש ליידע בשלב הרקע לפנייה את צוות המרפאה אם קיים מצב של סיכון עצמי או סיכון לאחרים. בפגישת הערכה ראשונית הכרחית נוכחות הורה. בפגישות המשך נדרש ליווי של מבוגר/ת.

בשלב ההערכה הראשונית די בהסכמת אחד ההורים לטיפול וזאת לצורך הערכת דחיפות הטיפול. על ההורה הפונה ליידע בדבר הטיפול ולשתף את ההורה האחר, במיוחד אם ההורים גרושים. אם קיימת התנגדות לטיפול מצד אחד ההורים יש להתייעץ עם צוות המרפאה.

שם ממלא/ת השאלון

הקרבה בין הילד/ה לבין ממלא/ת השאלון ☐ הורה ☐ אפטרופוס/ית שאינו/ה ההורה

האם מונה לילד/ה אפטרופוס חיצוני?

☐ כן ☐ לא

אם כן, יש למלא את שם האפטרופוס/ית

טלפון

פרטי הילד/ה

שם מלא

ת.ז (9 ספרות)

מין

☐ זכר ☐ נקבה

תאריך לידה

/ /

שנת עליה (לא חובה)

טלפון נייד

טלפון נוסף (לא חובה)

מסגרת לימודית חינוכית

☐ גן / מעון ☐ בית ספר ☐ בבית עם הורה ☐ בבית עם מטפל/ת ☐ חינוך מיוחד ☐ אחר

שם בית הספר

כיתה

שם הגורם החינוכי (מורה / גנן/ת / יועץ/ת)

טלפון המסגרת החינוכית

פרטי המשפחה

מצב משפחתי ☐ נשוי/אה ☐ חד-הורית ☐ גרושה ☐ אחר ☐

כתובת

פרטי הורה 1

שם

ארץ לידה

שנת לידה

שנת עליה (לא חובה)

מצב בריאותי

עיסוק

טלפון נייד

טלפון נוסף (לא חובה)

פרטי הורה 2

שם

ארץ לידה

שנת לידה

שנת עליה (לא חובה)

מצב בריאותי

עיסוק

טלפון נייד

טלפון נוסף (לא חובה)

פרטי הורה נוסף

שם

ארץ לידה

שנת לידה

שנת עליה (לא חובה)

מצב בריאותי

עיסוק

טלפון נייד

טלפון נוסף (לא חובה)

לתשומת לבך, מילוי פרטי הורה נוסף אינו יוצר אפטרופסות או זכויות אחרות ע"פ כל דין ואינו מעדכן את מערכות מכבי

פרטי ילדים נוספים במשפחה

שם	מין	שנת לידה	בעיות רפואיות או רגשיות
שם	מין	שנת לידה	בעיות רפואיות או רגשיות
שם	מין	שנת לידה	בעיות רפואיות או רגשיות
שם	מין	שנת לידה	בעיות רפואיות או רגשיות
שם	מין	שנת לידה	בעיות רפואיות או רגשיות

האם קיים מידע נוסף שברצונך להוסיף לגבי בני/ות משפחה?

לדוגמה - תחלואה נפשית / גופנית, בני/ות משפחה שמטופלים/ות במרפאה זו וכדומה (לא חובה)

רקע לפנייה

גורם מפנה ☐ רופא/ת משפחה / ילדים ☐ רווחה ☐ עצמי ☐ מסגרת חינוכית ☐ אחר ☐

סיבת הפנייה

נא לפרט את תולדות הבעיה, רמת הדחיפות, מתי הופיעה הבעיה, האם ניתן בעבר טיפול נפשי כלשהו, סוג הטיפול המבוקש, מדוע הוחלט להפנות עכשיו וכדומה

4 מתוך 6

כן ☐ לא ☐

האם הפנייה היא לגבי הפרעות אכילה?
אם כן, יש לענות על כל השאלות העוקבות

כן ☐ לא ☐

האם בתקופה האחרונה חלו שינויים גופניים?
לדוגמה - ירידה במשקל, הפסקת מחזור חודשי, נשירת שיער, רגישות לקור, הגברת פעילות גופנית וכדומה

אם כן, יש לפרט

כן ☐ לא ☐

האם בתקופה האחרונה חל שינוי בעיסוק במראה ובגוף?
לדוגמה - שקילות תכופות, שינוי בלבוש, מחשבות טורדניות וחזרתיות סביב המראה, חרדה מהשמנה וכדומה

אם כן, יש לפרט

כן ☐ לא ☐

האם בתקופה האחרונה חל שינוי בעיסוק באכילה?
לדוגמה - צמצום בכמות האוכל, התקפיה אכילה, ספירת קלוריות, אכילה לא מווסתת, הימנעות ממאכלים מסוימים, שינוי תזונתי, צמחונות, טבעונות וכדומה

אם כן, יש לפרט

כן ☐ לא ☐

האם הפנייה היא לגבי התמכרות?

אם כן, יש לפרט

5 מתוך 6

כן ☐ לא ☐

האם בתקופה האחרונה חל שינוי במצב הרוח?
לדוגמה - עצבנות, כעס, שינוי בביטחון העצמי ובדימוי העצמי וכדומה

אם כן, יש לפרט _____

כן ☐ לא ☐

האם בתקופה האחרונה חל שינוי בתקשורת החברתית / בינאישית?
לדוגמה - הסתגרות, הימנעות ממפגשים חברתיים, סירוב לאכול מחוץ לבית, קשי ריכוז וכדומה

אם כן, יש לפרט _____

כן ☐ לא ☐

האם קיימת התנהגות עם סיכון עצמי כלשהו או לאחרים?

אם כן, יש לפרט _____

תפקוד כללי של הילד/ה

נא לפרט ככל האפשר. לדוגמה - במישור משפחתי, לימודי, התנהגותי וחברתי, אכילה ומשקל, שינה, רגישות תחושתית, תקשורת, חינוך לגמילה, פחדים, קשיים בפרידות, קשיים במעברים, קשיים בריכוז, או אחר.

כן ☐ לא ☐

מהלך הריון ולידה תקינים

אם לא, יש לפרט _____

כן ☐ לא ☐

האם ישנם קשיים התפתחותיים?
יש לסמן אם רלוונטי. אפשר לסמן יותר מהיבט אחד

☐ מוטוריקה גסה ☐ מוטוריקה עדינה ☐ שפתית ☐ לקויות למידה ☐ הפרעות תקשורת

אחר ☐ _____

כן ☐ לא ☐

האם קיימות בעיות רפואיות / גופניות?
מחלות, חבלות, תאונות, מוגבלות, אשפוזים, טיפול תרופתי, רגישות לתרופות / אחר, ראייה ושמיעה וכדומה

אם כן, יש לפרט _____

6 מתוך 6

כן ☐ לא ☐

האם ניתן בעבר טיפול נפשי כלשהו?

אם כן, יש לפרט

שנת הטיפול	מקום הטיפול	סוג הטיפול
שנת הטיפול	מקום הטיפול	סוג הטיפול
שנת הטיפול	מקום הטיפול	סוג הטיפול

כן ☐ לא ☐

האם קיים קשר עם שירותים ציבוריים / קהילתיים?

יש לסמן אם רלוונטי. אפשר לסמן יותר מהיבט אחד

שירותי רווחה ☐ שירות פסיכולוגי חינוכי ☐ ביטוח לאומי ☐ שירות מבחן ☐ בית משפט ☐ אחר ☐

אם אחר, יש לפרט את השירות

שם איש/אשת קשר

טלפון איש/אשת הקשר

האם יש מידע נוסף שברצונך לציין? (לא חובה)

חתימה

הקלדת שם מלא וסימון וי ייחשבו כחתימה

שם מלא

תאריך