טופס מותאם למילוי במחשב

1. שומרים

הורידו את הקובץ ושמרו אותו על המחשב באמצעות כפתור Download.

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.

3. שולחים

שלחו את הטופס במייל או בפקס בהתאם להנחיות המפורטות מטה.

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 המרפאה הקרובה ביותר למקום המגורים

מרפאות לבריאות הנפש לטיפול במבוגרים

אופקים | מרכז רפואי אופקים שד הרצל 36
טלפון: 08-9960955, פקס: 076-8893429

אילת | מכבי אילת הפתן 5
טלפון: 08-6866555, פקס: 073-2132372

אשדוד | מכבי אשדוד רובע ב' קבוץ גלויות 1
טלפון: 08-6866060, פקס: 073-2284750

באר שבע | מכבי שכונה ט' ב"ש בית אל 31
טלפון: 08-6258749, פקס: 073-2284644

בת ים | מכבי מרפאת ליאזון דרך בן גוריון 136
אבחון וטיפול במצבים נפשיים הנובעים/משולבים במצב רפואי או גופני
טלפון: 03-7463280, פקס: 03-9747550

דימונה | מרכז רפואי דימונה שד יגאל אלון 1
טלפון: 08-6509711

הרצליה | מכבי הרצליה השרון 7
טלפון: 09-9528461, פקס: 073-2284028

חולון | מרפאת נאות שושנים גאולים 43
טלפון: 03-6530000, פקס: 073-2284467

חיפה | מרכז רפואי חיפה-הדר הרצל 73
טלפון: 04-8351113, פקס: 073-2284392

ירושלים | מרכז רוטר ירושלים אגריפס 42
טלפון: 02-6461957, פקס: 076-8893602

כרמיאל | מרכז כרמיאל השושנים 128
טלפון: 04-8781500, פקס: 076-8893557

כפר יונה | מכבי כפר יונה שרת 6
טלפון: 09-8900699, פקס: 073-2284162

נוף הגליל | מכבי נוף הגליל מעלה יצחק 14
טלפון: 04-8781500, פקס: 076-8893556

מודיעין | מכבי מרפאת ליאזון גולדה מאיר 257
אבחון וטיפול במצבים נפשיים הנובעים/משולבים במצב רפואי או גופני.
טלפון: 03-7463280, פקס: 08-6487127

נתיבות | מרכז המכונים נתיבות ד"ר סמלו יוסף 10
טלפון: 08-9939400, פקס: 076-8893430

עפולה | מכבי עפולה קהילת ציון 3
טלפון: 04-6591616, פקס: 073-2284390

ערד | מכבי ערד שמעון 13
טלפון: 08-9951515, פקס: 073-2284735

צפת | מכבי צפת הגדוד השלישי
טלפון: 04-6920165, פקס: 073-2284373

קריית טבעון | מרפאת קריית טבעון מרווה 1
טלפון: 04-6164369, פקס: 073-2284391

קריית מוצקין | מכבי ק. מוצקין שד גושן משה 3
טלפון: 04-8781500, פקס: 073-2284301

ראש העין | פסגות אפק ראש העין רחוב הרב שלום שבזי 168
טלפון: 03-7463140, פקס: 03-7178431

ראשון לציון | מרפאת ראשון לציון ילדי טהרן 6 (קומה 3)
טלפון: 03-7463420, פקס: 073-2284468

רחובות | מכבי מרכז המכונים רחובות אופנהיימר 2
טלפון: 08-6866728, פקס: 076-8893821

רמת-גן | מכבי אורה רמת-גן אורה 4
טלפון: 03-6750317, פקס: 03-7178277

רעננה | מכבי רעננה אחוזה 124
טלפון: 09-7470777, פקס: 073-2284027

תל אביב | מכבי השל"ה תל-אביב השל"ה 7
טלפון: 03-5425285, פקס: 03-7178252

תל אביב | מכבי יד אליהו (בית גיל הזהב) דרך משה דיין 66
טלפון: 03-7910146, פקס: 03-7178272

שדרות | מרפאת שדרות כיכר הנשיא 1
טלפון: 08-6891855, פקס: 03-7178576

בחירת מרפאה

מומלץ לבחור את המרפאה הקרובה ביותר למקום המגורים

מרפאות להפרעות אכילה

בפניה למרפאת הפרעות אכילה, יש לצרף הפניית רופא לטופס זה

אשדוד | מכבי אשדוד רובע ב' קבוץ גלויות 1
טלפון: 08-6866073, פקס: 073-2284750

באר שבע | מכבי מרכז רפואי נגב התקווה 4
טלפון: 08-6867377, פקס: 076-8893836

גבעתיים | מכבי גבעתיים עמישב 45
טלפון: 03-5726209, פקס: 03-7178396 | (החל מגיל 12)

הוד השרון | מכבי הוד השרון הבנים 14
טלפון: 09-8869474, פקס: 03-7178328

חיפה | מכבי גרנד קניון גולן שמחה 54
טלפון: 04-8119219, פקס: 073-2284326 | (החל מגיל 10)

נתניה | מכבי נתניה קריית השרון שד לנטוס טום 26
טלפון: 09-8869474, פקס: 073-2284110 | (החל מגיל 12)

רמלה | מכבי רמלה דני מס 16
טלפון: 08-6405614, פקס: 076-8893708

מרפאות לטיפול בהתמכרויות

כפר יונה | מכבי כפר יונה שרת 6
טלפון: 09-8900699, פקס: 073-2284193 | (החל מגיל 18)

בת ים | מכבי סאן בת ים שדרות בן גוריון 136
טלפון: 03-7463280, פקס: 03-9747550 | (החל מגיל 18)

תל אביב | מכבי יד אליהו (בית גיל הזהב) דרך משה דיין 66
טלפון: 03-5113400, פקסמייל: 03-7178402

כללי

יש לצרף מסמכים טיפוליים / רפואיים קודמים, לדוגמה - הפניה מרופא משפחה, דו"ח שחרור מאשפוז וכדומה. ולצרפם לבקשה.
לתשומת לבך, יש למלא את כל הפרטים בכתב ברור ובעט שחור בלבד.

פרטים אישיים

שם

ת.ז (9 ספרות)

תאריך לידה
/ /

כתובת

טלפון נייד

טלפון נוסף (לא חובה)

מצב משפחתי

◯ נשוי/אה ◯ חד-הורי/ת ◯ גרוש/ה ◯ רווק/ה ◯ אלמן/ה ◯ אחר

רקע לפנייה

גורם מפנה

◯ רופא/ת משפחה ◯ רווחה ◯ עצמי ◯ 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

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

◯ כן ◯ לא

האם בתקופה האחרונה חל שינוי בהרגלי האכילה שלך?
לדוגמה - צמצום בכמות האוכל, התקפי אכילה, קשיי ויסות באכילה, קושי בשליטה על האכילה וכדומה

◯ כן ◯ לא

אם כן, יש לפרט

האם בתקופה האחרונה ישנה הימנעות ממצבים חברתיים הקשורים באכילה?
לדוגמה - המנעות ממצבים חברתיים הקשורים באכילה וכדומה

◯ כן ◯ לא

אם כן, יש לפרט

האם הפנייה היא לגבי התמכרות? ◯ כן ◯ לא

אם כן, יש לפרט

האם בתקופה האחרונה חל שינוי במצב הרוח שלך? ◯ כן ◯ לא
לדוגמה - עצבנות, מתח, ירידה במצב הרוח, מחשבות טורדניות וכדומה

אם כן, יש לפרט

האם בתקופה האחרונה חל שינוי בביטחון העצמי ו/או בתחושת הערך העצמי שלך? ◯ כן ◯ לא
לדוגמה - תחושת אשמה, הסתגרות וכדומה

אם כן, יש לפרט

האם היית בעבר או בהווה בטיפול כלשהו? ◯ כן ◯ לא — אם כן, יש לפרט

האם היית בעבר בטיפול כפוי כלשהו? ◯ כן ◯ לא
אם כן, יש לפרט

סוג הטיפול	מקום הטיפול	שנת הטיפול

קבלת תרופות באופן קבוע ◯ כן ◯ לא — אם כן, יש לפרט

שימוש בסמים / אלכוהול בעבר או בהווה ◯ כן ◯ לא — אם כן, יש לפרט

תפקוד כללי

נא לפרט ככל האפשר. לדוגמה - במישור משפחתי, לימודי, התנהגותי וחברתי, אכילה ומשקל, שינה, רגישות תחושתית או אחר

האם קיים קשר עם שירותים ציבוריים / קהילתיים?

○ כן ○ לא

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 קיים מידע נוסף שברצונך להוסיף לגבי בני/ות משפחה?

לדוגמה - בני/ות משפחה שמטופלים/ות במרפאה זו (לא חובה)

חתימה

הקלדת שם מלא וסימון וי ייחשבו כחתימה

☐ שם מלא

תאריך / /

המסמך מכיל מידע המוגן על פי חוק הגנת הפרטיות ותקנותיו (לאחר מילויו). המוסרו שלא כדין עובר עבירה