

## 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 כפתור 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 פוטר 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

**מודיעין | המרכז לבריאות הילד מודיעין** עמק דותן 53  
טלפון: 08-9735666, פקס: 073-2284445

**נהריה | שלוחת נהריה** אחד העם 8  
טלפון: 04-9878400, פקס: 073-2284368

**נתניה | מכבי נתניה** שד בנימין 21  
טלפון: 09-8924271, פקס: 073-2284029

**קריית ביאליק | מכבי קריית ביאליק** סיתונית 6  
טלפון: 04-8119269, פקס: 073-2284326

**קריית שמונה | מכבי קריית שמונה** שד תל חי 93  
טלפון: 04-6944166, פקס: 076-8893575

**רחובות | מכבי מרכז המכונים רחובות** אופנהיימר 2  
טלפון: 08-6866715, פקס: 073-2284811

**תל אביב | מכבי השלום תל אביב** אלון יגאל 96  
טלפון: 03-7614350, פקס: 076-8893225

**אשדוד | מכבי אשדוד רובע ב'** קבוץ גליות 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

**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: 04-9936100, פקס: 073-2284372

### מרפאות להפרעות אכילה

בפניה למרפאת הפרעות אכילה, יש לצרף הפניית רופא לטופס זה

**חיפה | מכבי גרנד קניון** גולן שמחה 54  
טלפון: 04-8119219, פקס: 073-2284326

**נתניה | מכבי נתניה קריית השרון** שד לנטוס טום 26  
טלפון: 09-8869474, פקס: 073-2284110

**מודיעין | מכבי מודיעין** תלתן 8  
טלפון: 08-9737685, פקס: 076-8893708 | (החל מגיל 12)

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

**באר שבע | מכבי נווה זאב** 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: 073-2284110

### 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 מטפלת  חינוך מיוחד  אחר

שם בית הספר  כיתה

שם הגורם החינוכי (מורה / גננת / 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 אפוטרופסות 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

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

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 \_\_\_\_\_

לא  כן

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

לא  כן

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 / /