

## טופס מותאם למילוי במחשב



### 3. שולחים

שלחו את הטופס  
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 אינה מותקנת על המחשב שלך, ניתן להוריד אותה בחינם מאתר Adobe

אם התוכנה מתריעה שיש להוריד חבילת גופנים (Fonts), יש לאשר ולהתקין אותה לפי  
ההוראות. לא הצלחת? למידע נוסף על פתיחת קבצי PDF והתקנת תוכנת אדובי רידר

### לתשומת לבך!



מידע נשלח באמצעות דואר אלקטרוני עלול להיחשף בפני גורמים לא רצויים ברשת  
האינטרנט.  
משלוח מידע למכבי שירותי בריאות באמצעות דואר אלקטרוני, פוטר את מכבי שירותי  
בריאות מאחריות לדליפת מידע לגורמים לא רצויים ברשת האינטרנט, וזאת בטרם הגיע  
המידע אל מכבי שירותי בריאות.

## 1 מתוך 3

לאחר מילוי הטופס, יש להעביר את הטופס בפקס למרפאת בריאות הנפש.

[לאיתור פרטי המרפאה במדריך השירותים](#)

### תודה על פנייתכם,

על מנת להקל ולזרז את הטיפול בילדכם רצוי מאוד לצרף לטופס ההפניה למרפאה את המסמכים הבאים:

1. סיכומים רפואיים /אבחונים/ סיכומי טיפול/ סיכומי אשפוז
2. מכתב הפניה מהגורם המפנה, במידה וקיים (לא חובה)
3. דו"ח עדכני מבית הספר או הגן במידה ורלבנטי

- בשלב ההערכה הראשונית די בהסכמת אחד ההורים לטיפול וזאת לצורך הערכת דחיפות הטיפול
- בכל מקרה, ובמיוחד במידה וההורים גרושים, על ההורה הפונה ליידע בדבר הטיפול ולשתף את ההורה האחר
- במידה וקיימת התנגדות לטיפול מצד אחד ההורים יש להתייעץ עם צוות המרפאה

- במידה שיש סיכון של המופנה לעצמו או לאחרים בהווה - חשוב מאוד ליידע את צוות המרפאה בעת הפניה
- נוכחות הורה היא הכרחית בפגישות ההערכה ראשונית ואינטייק
- ככלל נדרש מלווה בוגר לקטין בביקוריו במרפאה

## טופס הפניה למרפאה - ימולא ע"י ההורים

שם ממלא הטופס	הגורם המפנה - תפקיד	תאריך
רחוב ומס' בית	ישוב	מיקוד
שם הילד/ה	תאריך לידה	גיל
טלפון בבית	נייד אם	טלפון בעבודה (נוסף)
מסגרת נוכחית ומס' טלפון: (גן/בי"ס)	לומד/ת בכיתה	שם המורה/גננת/יועצת

## סיבת ההפניה

נא לפרט ככל האפשר כולל תולדות הבעיה, רמת הדחיפות, מתי הופיעה הבעיה, מדוע הוחלט להפנות עכשיו וכו ובאיזה סוג טיפול אתם מעוניינים?

האם קיימת התנהגות עם סיכון כלשהו, לעצמו/ה או לאחרים?

בעיות רפואיות/גופניות? (מחלות, חבלות, תאונות, מוגבלות, אשפוזים, טיפול תרופתי, רגישות לתרופות/אחר, ראייה ושמיעה)

התערבויות טיפוליות קודמות? (האם היה/תה מטופל בעבר/בהווה, שם המטפל, מקום, תאריך, האם טופל/ה במסגרת התפתחות הילד או בריאות הנפש)

קשר עם שירותים? פרטי/ (שירותי רווחה, שפ"ח- שירות פסיכולוגי חינוכי, ביטוח לאומי, שירות מבחן, בית משפט, טיפולים בבריאות הנפש או אחר) יש לציין שם איש קשר ומס' טלפון:

תפקודו הכללי של הילד/ה? (במישור משפחתי, לימודי, התנהגותי וחברתי)

התפתחות: האם היו קשיים התפתחותיים? (כולל בעיות במהלך ההיריון ולידה, התפתחות מוטורית גסה, עדינה ושפתית, לקויות למידה, הפרעות תקשורת)

3 מתוך 3

האם היו קשיים בתחומים נוספים? (אכילה ומשקל, שינה, רגישות תחושתית, תקשורת, חינוך לגמילה, פחדים, קשיים בפרידות, קשיים במעברים, קשיים בריכוז, או אחר)

### משפחה

מצב משפחתי	תעסוקה	בריאות	ארץ לידה/ עליה	שנת לידה	שם	
						אב
						אם

מספר הילדים במשפחה, גיל והאם סובלים מבעיות רפואיות או רגשיות?

האם יש עוד מידע חשוב לפנייה?

אני החתומ/ה מטה, מאשר/ת כי הפרטים דלעיל נכונים:  
הקלדת שם מלא וסימון וייחשבו כחתימה.

שם מלא \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_