

## 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.

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

[לאיתור פרטי המרפאה במדריך השירותים](#)

### פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז. (9 ספרות)
מין <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	תאריך לידה	מצב משפחתי
כתובת	נייד	טלפון

### הרקע לפנייה

רופא משפחה    רווחה    עצמי    אחר

מטרת הפניה

סיבת הפניה

האם היית בעבר בטיפול כלשהוא? אם כן יש לפרט בטבלה הבאה

מקום הטיפול	שנת הטיפול	סוג הטיפול (פסיכולוגי/פסיכיאטרי/אחר)

האם את/ה נוטל/ת טיפול תרופתי כלשהוא?

לא    כן    אחר

האם משתמש/ת בסמים / אלכוהול

לא    כן    אחר

יש לצרף מסמכים טיפוליים / רפואיים קודמים (הפניה מרופא משפחה / דו"ח שחרור מאשפוז / אחר).

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

שם מלא  תאריך

**\* הבהרה חשובה: הגורם המטפל מקבל מטופלים בתיאום תור מראש בלבד**

לאחר מילוי, המסמך יכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות ותקנותיו - מוסרו שלא כדין עובר עבירה