

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 המרפאה הקרובה ביותר למקום המגורים

מרפאות לבריאות הנפש לטיפול במבוגרים

<p>עפולה מכבי עפולה קהילת ציון 3 טלפון: 04-6591616, פקס: 073-2284390</p>	<p>אופקים מרכז רפואי אופקים שד הרצל 36 טלפון: 08-9960955, פקס: 076-8893429</p>
<p>ערד מכבי ערד שמעון 13 טלפון: 08-9951515, פקס: 073-2284735</p>	<p>אילת מכבי אילת הפתן 5 טלפון: 08-6866555, פקס: 073-2132372</p>
<p>צפת מכבי צפת ארלוזורוב 52 טלפון: 04-6920165, פקס: 073-2284373</p>	<p>אשדוד מכבי אשדוד רובע ב' קבוץ גלויות 1 טלפון: 08-6866060, פקס: 073-2284750</p>
<p>קריית אתא מכבי קריית אתא העצמאות 61 טלפון: 04-8431255, פקס: 073-2884351</p>	<p>באר שבע מכבי שכונה ט' ב"ש בית אל 31 טלפון: 08-6258749, פקס: 073-2284644</p>
<p>קריית מוצקין מכבי ק. מוצקין שד גושן משה 3 טלפון: 04-8781500, פקס: 073-2284301</p>	<p>דימונה מרכז רפואי דימונה שד יגאל אלון 1 טלפון: 08-6509711</p>
<p>ראשון לציון מכבי מרפאת גני ראשון שרירא שמואל 3 טלפון: 03-7463420, פקס: 073-2284468</p>	<p>הרצליה מכבי הרצליה השרון 7 טלפון: 09-9528461, פקס: 073-2284028</p>
<p>רחובות מכבי מרכז המכונים רחובות אופנהיימר 2 טלפון: 08-6866728, פקס: 076-8893821</p>	<p>חולון מרפאת נאות שושנים גאולים 43 טלפון: 03-6530000, פקס: 073-2284467</p>
<p>רמת-גן מכבי אורה רמת-גן אורה 4 טלפון: 03-6750317, פקס: 03-7178277</p>	<p>חיפה מרכז רפואי חיפה-הדר הרצל 73 טלפון: 04-8351113, פקס: 073-2284392</p>
<p>רמת ישי מרפאת רמת ישי מעלה הרדוף 32 טלפון: 04-6164360, פקס: 073-2284391</p>	<p>ירושלים מרכז רוטר ירושלים אגריפס 42 טלפון: 02-6461957, פקס: 076-8893602</p>
<p>רעננה מכבי רעננה אחוזה 124 טלפון: 09-7470777, פקס: 073-2284027</p>	<p>כרמיאל מרכז כרמיאל השושנים 128 טלפון: 04-8781500, פקס: 076-8893557</p>
<p>תל אביב מכבי השל"ה תל-אביב השל"ה 7 טלפון: 03-5425285, פקס: 03-7178252</p>	<p>כפר יונה מכבי כפר יונה שרת 6 טלפון: 09-8900699, פקס: 073-2284162</p>
<p>תל אביב מכבי שכונת התקווה תל אביב דרך ההגנה 41 טלפון: 03-7910146, פקס: 03-7178272</p>	<p>נוף הגליל מכבי נוף הגליל מעלה יצחק 14 טלפון: 04-8781500, פקס: 076-8893556</p>
	<p>נתיבות מרכז המכונים נתיבות ד"ר סמלו יוסף 10 טלפון: 08-9939400, פקס: 076-8893430</p>

בחירת מרפאה

מומלץ לבחור את המרפאה הקרובה ביותר למקום המגורים

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: 08-6866073, 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: 03-7178328

מרפאות לטיפול בהתמכרויות

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

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-הורית גרושה רווקה 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

לא כן

האם הפנייה היא לגבי הפרעות אכילה?

אם כן, יש לענות על כל השאלות העוקבות

לא כן

האם בתקופה האחרונה חל שינוי בהרגלי האכילה שלך?

לדוגמה - צמצום בכמות האוכל, התקפי אכילה, קשיי ויסות באכילה, קושי בשליטה על האכילה וכדומה

אם כן, יש לפרט

לא כן

האם בתקופה האחרונה ישנה הימנעות ממצבים חברתיים הקשורים באכילה?

לדוגמה - המנעות ממצבים חברתיים הקשורים באכילה וכדומה

אם כן, יש לפרט

לא כן

האם הפנייה היא לגבי התמכרות?

אם כן, יש לפרט

לא כן

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

אם כן, יש לפרט

לא כן

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

אם כן, יש לפרט

אם כן, יש לפרט

לא כן

האם היית בעבר או בהווה בטיפול כלשהו?

לא כן

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

שנת הטיפול

מקום הטיפול

סוג הטיפול

שנת הטיפול

מקום הטיפול

סוג הטיפול

שנת הטיפול

מקום הטיפול

סוג הטיפול

אם כן, יש לפרט

לא כן

קבלת תרופות באופן קבוע

אם כן, יש לפרט

לא כן

שימוש בסמים / אלכוהול בעבר או בהווה

תפקוד כללי

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

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

טלפון איש/אשת הקשר

שם איש/אשת קשר

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

תאריך

שם מלא