

## טופס מותאם למילוי במחשב

איך ממלאים את הטופס?

שולחים



שלחו את הטופס בדואר אלקטרוני או בפקס, בהתאם להנחיות המפורטות מטה.

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 להתום דרך המחשב. הדפיסו את המסמך וחתמו עליו בעט.

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 שלכם, [הורידו אותה בחינם מאתר Adobe](#) <



אם התוכנה מתריעה שיש להוריד חבילת גופנים (fonts), אשרו והתקינו אותה לפי ההוראות. לא הצלחתם? [למידע נוסף על פתיחת קבצי PDF והתקנת תוכנת אדובי רידר](#) <

אנא שימו לב לכך שמידע הנשלח באמצעות דואר אלקטרוני עלול להיחשף בפני גורמים לא רצויים ברשת האינטרנט. בעצם משלוח מידע למכבי שירותי בריאות באמצעות דואר אלקטרוני, הנכם פוטרם את מכבי שירותי בריאות מאחריות לדליפת המידע לגורמים לא רצויים ברשת האינטרנט, וזאת בטרם הגיע המידע אל מכבי שירותי בריאות.



## ערכת פנייה לאבחון ריפוי בעיסוק לגילאי 4-6 שנים

להורים שלום,

הפניה למכון להתפתחות הילד נעשית על פי שיקול דעת מקצועי של הרופא/ה המטפל/ת. באם הרופא/ה המטפל/ת מחליט/ה כי יש להפנות למכון זה, הוא/היא יעניק/תעניק להורים הפנייה רפואית ייעודית לכך. בצירוף ההפניה הרפואית, יש למלא את ערכת הטפסים הבאה:

•שאלון הורים.

•שאלון גנן/ת או שאלון מורה, בהתאם למסגרת החינוכית בה שוהה הילד/ה.

את השאלונים יש למלא במלואם. במידה ויש ברשותכם מסמכים כדוגמת תוצאות, אבחונים ובדיקות יש לצרפם. לא תתקבל פניה למכון ללא מילוי מלא של כל השאלונים.

את הטפסים המלאים כולל הפנית הרופא יש לשלוח בפקס, בדוא"ל או בדואר כמפורט בטבלה מטה, או להעביר פיזית למרכז הרפואי הקרוב למקום מגורכם.

מזכירות המכון תיצור אתכם קשר לקביעת זימון לאבחון בטווח של עד שבועיים מקבלת הערכה המלאה.

במהלך האבחון מתבצע תשאול לגבי בעיותיו ההתפתחותיות של הילד/ה. לשיקול דעתם של ההורים אם הילד/ה יהיה/תהיה נוכח/ת במעמד זה.

### הסכמה לשליחת סיכומי אבחון / טיפול בהתפתחות הילד בדואר רגיל או דוא"ל

אני הח"מ מאשר/ת ומסכים/ה בזאת כדלהלן:

נמסר לי שככלל, "מכבי שירותי בריאות" נוהגת לשלוח מסמכים הכוללים מידע רפואי בדואר רשום בלבד.

יחד עם זאת, אני מאפשר/ת ל"מכבי שירותי בריאות" להעביר אלי את החומר הרפואי באחת מן האפשרויות הבאות:

משלוח בדואר אלקטרוני, לכתובת: \_\_\_\_\_

משלוח בדואר רגיל, לכתובת: \_\_\_\_\_

צפיה במסמכים באתר לבעלי סיסמא למכבי Online, בכתובת [online.maccabi4u.co.il](http://online.maccabi4u.co.il)

כל זאת בכפוף לקבלת הסכמתי המפורשת, תוך ידיעה שהסיכום כולל מידע רפואי אודות ילדי.

ידוע לי, כי משלוח בדואר רגיל אינו ניתן למעקב כמו משלוח בדואר רשום, וכי בהגעת הסיכום לכתובת המגורים שלי, קיים

סיכון שהנ"ל יימסר למישהו אחר חוץ ממני, ולא באופן אישי לידי, על כל המשתמע מכך. בהתאם לכך, אני פוטר/ת את מכבי מכל

אחריות בקשר לאי הגעת הסיכום לידי או לעיון בו על-ידי מי שאינו מורשה לכך על ידי.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך:	שם הילד/ה:	מספר ת.ז.:

הקלדת שם מלא וסימון V יחשבו כחתימה

שם הורה 1:	חתימה:
	<input type="checkbox"/>
שם הורה 2:	חתימה:
	<input type="checkbox"/>

\* לתשומת לב - גם במקרה של הורים נשואים וגם במקרה של הורים גרושים - חובה על 2 ההורים לחתום גם יחד.

## רשימת מכוני התפתחות הילד לפי מחוזות

מחוז	כתובת המכון	ערים	יצירת קשר
זרם	המכון להתפתחות הילד התקווה 4, באר שבע, מיקוד 8489312	באר שבע וכל סניפי הנגב מלבד אשקלון ושדרות	טלפון: 08-6267255, פקס: 073-2132489 דוא"ל: b7_child@mac.org.il
	היחידה להתפתחות הילד הגבורה 3, אשקלון, מיקוד 7834202	אשקלון ושדרות	טלפון: 08-6747703, פקס: 073-2284748 דוא"ל: ashkelon_child@mac.org.il
	המכון להתפתחות הילד רשב"י 15, רובע ז', אשדוד, מיקוד 77650	אשדוד וגן יבנה	טלפון: 08-8688111, פקס: 073-2284713 דוא"ל: ashdodz_child@mac.org.il
	היחידה להתפתחות הילד אופנהיימר 2, רחובות	רחובות, יבנה, מזכרת בתיה וגדרה	טלפון: 08-6866716 שלוחה 3, פקס: 073-2132483 דוא"ל: E_R_Chailde@mac.org.il
מרכז	המכון להתפתחות הילד - מכבי השלום תובל 2 פינת יגאל אלון, תל אביב, מיקוד 6789140	ת"א, ר"ג, גבעתיים, שוהם ואילת	טלפון: 03-7614060, פקס: 03-7178291 דוא"ל: child@mac.org.il
	המכון להתפתחות הילד רבי עקיבא 86, בני ברק	בני ברק, אלעד, אור יהודה, קרית אונו, בקעת אונו	טלפון: 03-5771313, פקס: 073-2132139 דוא"ל: bnebrak_ch@mac.org.il
	התקומה 36, יפו	יפו	טלפון: 03-5122122, פקס: 073-2284262 דוא"ל: yaffo_child@mac.org.il
שרון	העצמאות 65, קניון כפר גנים, קומה 1, פתח תקווה	פתח תקווה	טלפון: 03-9392630, פקס: 073-2132090 דוא"ל: sharon_pt_yeled@mac.org.il
	רפפורט 3, כפר סבא, קומה 7 במגדל, קניון כפר סבא הירוקה	כפר סבא הירוקה	טלפון: 09-7478130, פקס: 073-2132096 דוא"ל: sharon_yeled@mac.org.il
	שדרות בנימין 21, נתניה	נתניה	טלפון: 09-8924260 דוא"ל: sharon_nt_yeled@mac.org.il
אפון	היחידה להתפתחות הילד שדרות רבין 9, יקנעם (מרכז ביג)	יקנעם והסביבה	טלפון: 04-9936100, פקס: 073-2284319 דוא"ל: yokneam@mac.org.il
	המכון להתפתחות הילד שמחה גולן 54, קומה 7 (גרנד קניון)	חיפה והסביבה	טלפון: 04-8796920, פקס: 073-2284336 דוא"ל: ckpost-child@mac.org.il
	היחידה להתפתחות הילד השושנים 128, כרמיאל	כרמיאל וגוש שגב	טלפון: 04-9027222, פקס: 073-2132747 דוא"ל: carmiel-misrad@mac.org.il
	המכון להתפתחות הילד מעלה יצחק רבין 14, נצרת עילית	תושבי העמקים	טלפון: 04-6508888, פקס: 073-2284310 דוא"ל: nazaret-misrad@mac.org.il
	היחידה להתפתחות הילד אחד העם 8, נהריה, מיקוד 2244214	תושבי הגליל המערבי והתחתון	טלפון: 04-9878400, פקס: 073-2284309 דוא"ל: naharia-misrad@mac.org.il
	היחידה להתפתחות הילד הרצל 48, זיכרון יעקב	זיכרון יעקב והסביבה	טלפון: 04-6398262, פקס: 073-2284321 דוא"ל: zichron_yakov@mac.org.il
	היחידה להתפתחות הילד שדרות בן גוריון 80 א', קריית מוצקין	קריית מוצקין	טלפון: 04-8781555, פקס: 076-8893515 דוא"ל: hit_chiled_mzknn@mac.org.il
	המכון להתפתחות הילד כמאל גובלאט, שפרעם	שפרעם	טלפון: 04-9865707, פקס: 073-2284316 דוא"ל: zfn_shraam_child@mac.org.il
שפלה וירושלים	המכון להתפתחות הילד לישנסקי 1, ראש"צ, מיקוד 6105657	ראש"צ, נס ציונה	טלפון: 03-9634777, פקס: 073-2284407 דוא"ל: machon-kds@mac.org.il
	המכון להתפתחות הילד צאלים 9, חולון, מיקוד 5830813	חולון, בת ים, אזור	טלפון: 03-5085666, פקס: 073-2284423 דוא"ל: zelim_kds@mac.org.il
	המכון להתפתחות הילד אגרפס 42, בניין כ"ח קומה 1, ירושלים מיקוד 94301	ירושלים, ביתר עילית, אפרת, מעלה אדומים	טלפון: 02-6461900, פקס: 073-2132204 דוא"ל: roter_kds@mac.org.il
	המכון להתפתחות הילד אל אספהני 8, ירושלים מיקוד 9591008	מזרח ירושלים	טלפון: 02-2132689, פקס: 073-2132689
	המכון להתפתחות הילד נחל דולב 19, קניון פארק סנטר, רמת בית שמש, מיקוד 99090	בית שמש	טלפון: 02-5061999, פקס: 073-2284425 דוא"ל: bshem-kds@mac.org.il
	המכון להתפתחות הילד עמק דותן 53, ת.ד. 36 מודיעין, מיקוד 7170301	מודיעין, מכבים-רעות, רמלה, לוד	טלפון: 08-9735666, פקס: 073-2284426 דוא"ל: Modin_kds@mac.org.il
	המכון להתפתחות הילד אבני נזר 46, מודיעין עילית, מיקוד 7181043	מודיעין עילית	טלפון: 08-9141800, פקס: 073-2284427 דוא"ל: modine_kds@mac.org.il

## ערכת פנייה לאבחון ריפוי בעיסוק שאלון הורים



שימו לב, יש למלא את השאלונים בכתב ברור ובעט שחור בלבד.

**חלק א': פרטים אישיים** תאריך מילוי השאלון: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ שם ממלא/ת השאלון: \_\_\_\_\_  
גורם מפנה: \_\_\_\_\_ סיבת ההפניה למכון: \_\_\_\_\_

### פרטי הילד/ה:

שם משפחה:	שם פרטי:	ת.ז (9 ספרות):	תאריך לידה:	מין:
			____/____/____	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
ארץ לידה:	מסגרת חינוכית, פרט/י:			

### פרטי המשפחה:

כתובת:	טלפון בית:	דואר אלקטרוני:

### פרטי הורה 1:

שם:	גיל:	ארץ לידה:	שנת עלייה:	שנת לימוד:	עיסוק:	טלי ניד:
מצב בריאותי:	בעיות התפתחותיות בעבר ו/ או בריאותיות בהווה כגון ליקוי למידה, קשיי קשב, בעיות בריאות:					

### פרטי הורה 2:

שם:	גיל:	ארץ לידה:	שנת עלייה:	שנת לימוד:	עיסוק:	טלי ניד:
מצב בריאותי:	בעיות התפתחותיות בעבר ו/ או בריאותיות בהווה כגון ליקוי למידה, קשיי קשב, בעיות בריאות:					

מצב משפחתי:  נשואים  אם/אב חד הוריים  גרושים  אחר, פרט/י: \_\_\_\_\_

קרבת דם בין ההורים:  לא  כן, פרט/י: \_\_\_\_\_

האם הנכם דוברי עברית?  כן  לא, פרט/י: \_\_\_\_\_

לאילו שפות השוף/ה ילדכם/ילדתכם? \_\_\_\_\_

איש קשר לקביעת תורים:  הורה 1  הורה 2  אחר, שם: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ דוא"ל: \_\_\_\_\_

### פרטי ילדים נוספים במשפחה:

שם:	מין:	גיל:	בעיות בריאותיות והתפתחותיות:
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

האם ילדים נוספים במשפחה נבדקו במכון להתפתחות הילד או עברו אבחון על ידי מרפאה בעיסוק? פרט/י: \_\_\_\_\_

**חלק ב': מידע על הילד/ה**

**מידע התפתחותי**

אם הנכם מתרשמים שילדכם/ילדתכם מתקשה באחד התחומים אנא סמנו V ופרטו במה:

תחום התפתחות	לא מתקשה	מתקשה קלה	מתקשה במידה בינונית	מתקשה במידה רבה	הערות
<b>יכולות מוטוריות בסיסיות:</b> זחילה, הליכה, ריצה					
<b>מוטוריקה גסה / תנועה במרחב:</b> לדוגמא: שימוש במתקני חצר, משחקי כדור, פעילות גופנית					
<b>פעילויות בידיים / מוטוריקה עדינה:</b> לדוגמא: ציור, כתיבה, גזירה, העתקת צורות, עבודות יצירה, משחקי הרכבה					
<b>רגישות גבוהה מידי לגירויים חושיים:</b> מגע, שמיעה, ריח, טעם, ראייה, תנועה					
<b>רגישות נמוכה מידי לגירויים חושיים:</b> לא שם/ה לב / מגיב/ה פחות לגירויי מגע/ כאב/ טמפרטורה/ שמיעה/ ריח/ טעם					
<b>יכולות של קשב וריכוז:</b> התמדה בפעילות / לא מוסח/ת בזמן משחק, בשעת ריכוז, בפעילות לימודית					
<b>היפראקטיביות / אימפולסיביות:</b> תנועתיות מותאמת לגיל, מחכה בסבלנות לתורו/ה, הושב/ת לפני שפועל/ת					
<b>התארגנות:</b> מתארגן/ת בזמן למטלות ופעילויות ו/או מתארגן/ת עם חפצים / מטלות, ו/או מתארגן/ת עם רצף פעולות באופן עצמאי					
<b>יוזמה / מוטיבציה:</b> מעלה רעיונות למשחקים חדשים, מגוון/ת בסוגי המשחקים, מגלה סקרנות ועניין בסביבה					
<b>שפה:</b> מבין/ה את הנאמר, אוצר מילים מתאים, מצליח/ה לבטא את עצמו/ה					
<b>דיבור:</b> הגוי תקין, דיבור שוטף					
<b>תקשורת:</b> יוצר/ת קשר עין, מגיב/ה לילדים/ מבוגרים בהתאם לסיטואציה					
<b>יכולת למידה:</b> זוכר/ת חומר חדש, שולט/ת במושגי יסוד כגון צבע, צורות					
<b>התנהגות:</b> לדוגמא: מסתגל למצב חדש, אין קשיי משמעת / אין התפרצויות זעם / אין תוקפנות					
<b>מצב רגשי:</b> בטוח/ה בעצמו, אין סימני חרדה, אין קשיי פרידה, קיים בטחון עצמי, מופנם/ת / ביישן/ית, אין סף תסכול נמוך					
<b>שליטה על צרכים:</b>					

קושי אחר ומידע נוסף:

---

האם היו/ישנם קשיים במסגרת הגנית/בית ספרית?

האם הילד/ה אובחן/ה או נבדק/ה בעבר עקב קשיים התפתחותיים? (פרט/י האבחונים שבוצעו, מתי והיכן וצרף/י הדוחות):

האם מקבל/ת טיפולים אחרים? אם כן, סמן/י ב-V:

פסיכולוגית  
  עובד סוציאלי/ת  
  פיזיותרפיסט/ית  
  מרפא/ת בעיסוק  
  קלינאי/ת תקשורת  
  גנן/ת שי"ח

פרט/י:

באיזה תחום הקושי הוא הרב ביותר ובו הייתם רוצים עזרה עבור הילד/ה:

האם יש מידע נוסף שברצונכם לציין?

#### מידע רפואי

מוהלך הריון ולידה:  תקין  לא תקין, פרט/י: \_\_\_\_\_

בעיות רפואיות:  לא  כן, פרט/י: \_\_\_\_\_

קבלת תרופות באופן קבוע:  לא  כן, פרט/י: \_\_\_\_\_

האם נעשו בדיקות ראייה?  לא  כן, זמן ותוצאות הבדיקה: \_\_\_\_\_

האם נעשו בדיקות שמיעה?  לא  כן, זמן ותוצאות הבדיקה: \_\_\_\_\_

בהתאם להנחיות משרד הבריאות:

- הטיפולים כרוכים בתשלום השתתפות עצמית.

#### חתימת ההורים:

הקלדת שם מלא וסימון V יחשבו כחתימה

הורה 1:	הורה 2:	תאריך:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____