



מידע לפונה

שלום רב,

אנו מודים לכם על פנייתכם למרפאתנו. על מנת שנוכל לתת לכם מענה טיפולי מקצועי, אנא שימו לב לנהלים הבאים:

1. תהליך הקבלה למרפאה ראשיתו במילוי שאלון פרטים אישיים שמצורף לדף זה.

אנא מלאו אותו כמיטב יכולתכם וצרפו את המסמכים הבאים:

- הפניית רופא ילדים/משפחה וטופס 17 מקופת החולים בה הילד/ה מבוטח
 - דו"ח או מכתב מבית הספר, לשכת הרווחה, טיפולים קודמים וכל מידע שלדעתכם חשוב לטיפול בילדיכם.
 - טופס הסכמה לטיפול על-ידי שני ההורים (מצורף).
 - טופס ויתור סודיות (מצורף).
2. לאחר שיתקבל כל החומר הנדרש, אנו נזמן אתכם לפגישות הערכה. שימו לב, פגישות אלו מתקיימות בשעות הבוקר והצהריים. אנא היערכו להגעה בשעות אלו.
3. לאחר פגישות ההערכה נדון בצוות הטיפולי על סוג הטיפול המתאים לילד בהתאם לסל השירותים שברשותנו. טיפול במרפאה כולל מפגשים עם הילד ובמקביל מפגשים עם ההורים. המרפאה מעניקה סוגים שונים של טיפולים: פרטני, הדרכת הורים, קבוצתי, טיפול באומנות, אבחון פסיכודיאגנוסטי וטיפול פסיכיאטרי.
4. שימו לב, על מנת שנוכל לאפשר טיפול קבוע ומסודר, אנו מבקשים להימנע מהיעדרויות, ולהודיע מראש במקרים חריגים של היעדרות. לא נוכל לקיים טיפול ביחידה ללא רצף הגעה. כמו כן, נדרש ליווי של מבוגר בהגעה ובלקחת הילד מהטיפול.

בתקווה לשיתוף פעולה פורה,
צוות היחידה לטיפול בילדים ונוער

אני מאשר בזאת שקראתי והבנתי את הנהלים

שם _____ חתימה _____



תאריך: _____

טופס פנייה ליחידה לטיפול בילדים ונוער

(כל הפרטים הינם של הילד המופנה)

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מין: _____

תאריך לידה: _____ גיל: _____ ת.ז.: _____

כתובת: _____

טלפונים ליצירת קשר: בית _____ נייד: אב _____ אם _____

איש קשר להודעות _____ מגורים עם אב/אם (נא לסמן)

שם קופת חולים: _____ סניף: _____ רופא משפחה: _____

תיאור המשפחה כולל הילד המופנה

שם	ארץ לידה	גיל	תעסוקה/ מקום לימודים	מס' שנות לימוד	כתובת
אם:					
אב:					
ילדים:					



- סיבת הפניה – מדוע אתם פונים למרפאה?

- מתי התחיל הקושי ומי הפנה למרפאה?

- איך מתבטא הקושי בבית ובבית הספר?

- תארו את ילדכם במספר משפטים (כולל תחביבים, תחומי עניין)

- האם היו לילד/ה מחלות קשות או ממושכות, תאונות, אשפוזים או ניתוחים בעבר? כן / לא
- האם הילד/ה נחשף/ה לטראומה מכל סוג שהיא (פיזית, מילולית, מינית)? כן/לא
- אם כן, פרטו מה עבר/ה ומתי



- האם הילדה ביטאה אי פעם תחושת רצון למות או מחשבה/ניסיון לפגוע בעצמו/ה? פרטו

- האם הילד/ה היה/תה בעבר בטיפול פסיכיאטרי/פסיכולוגי/רגשי? פרטו היכן ומתי

- האם הילד/ה מקבל/ת תרופות באופן קבוע? כן / לא
אם כן, אילו תרופות?

- האם אחד מבני המשפחה עבר מחלות קשות או ממושכות, תאונות, אשפוזים או ניתוחים?
כן/לא. אם כן, פרטו מה עבר ומתי

- האם בן משפחה אחר היה או נמצא בייעוץ או בטיפול נפשי? כן / לא

אם כן, מי? _____

היכן? _____



מידע על התפתחות הילד:

מס' הריון: _____ מס' לידה: _____ שבוע ההיריון בלידה: _____

סוג הלידה: _____

האם היו קשיים מיוחדים?	גיל	שלב התפתחותי
		הנקה
		חיוך, תקשורת עם הסביבה
		משחק עם אובייקט מעבר
		זחילה
		התפתחות מוטורית
		התפתחות השפה
		הרגלי אכילה
		הרגלי שינה
		תהליך הגמילה
		כניסה ראשונה למסגרת
		מעבר בין מסגרות בגיל הגן
		מעבר מגן לבית הספר
		הליכה לחוגים / תנועת נוער



אנא מלאו את הטבלה הבאה:

גיל הילד בזמן הטיפול	מקום הטיפול ופרטי המטפל (שם וטלפון)	סמן x / v	האם ילדך טופל או נבדק ב:
			מכון להתפתחות הילד
			טיפול בדיבור (קלינאית תקשורת)
			ריפוי בעיסוק
			פיזיותרפיה
			הוראה מתקנת
			טיפול רפואי מיוחד
			טיפול תרופתי
			טיפול רגשי/תרפיה
			טיפול במסגרת בית-הספר (כולל פרויקט עוצמה)
			חונך
			לשכת הרווחה
			שרות פסיכולוגי חינוכי
			ועדת שילוב
			ועדת השמה
			ועדה לתכנון תוכניות טיפול



• מידע חשוב נוסף

יש לצרף דו"ח מפורט ומעודכן מהגורם המפנה.

בנוסף יש לצרף לפי צורך: דו"ח חינוכי, דו"ח סוציאלי, סיכומי טיפול קודמים, דו"חות של אבחונים קודמים, סיכום טיפול רפואי וכל מידע שסייע במתן מענה מיטבי לפנייתכם.

אישור הורים לטיפול בילד

הנני מאשר את הפרטים הרשומים לעיל אודות בני/ביתי,

ונותן/ת בזה את הסכמתי לטיפול בבני/בתי הקטין/ה _____

ביחידה לטיפול בילדים ונוער שבמרכז לבריאות הנפש פתח תקוה.

כמו כן ניתנת הסכמתי לאבחון בעבורו/ה לפי הנהלים המקובלים במרפאה.

שם האב _____ ת.ז. _____ חתימה _____

שם האם _____ ת.ז. _____ חתימה _____

* שימו לב, נדרשת חתימת 2 ההורים בטרם נוכל לטפל בפנייתכם.



תאריך _____

ויתור סודיות-קבלת מידע

אני החתומה/ה מטה, נותנת/ת בזה את רשותי לגורמי הרווחה

למסור את כל המידע אודות בני/בתי _____ ת.ז. _____.

למרכז לבריאות הנפש פ"ת, ומוותר/ת לצורך כך על הסודיות הרפואית.

שם האם _____ ת.ז. _____ חתימה _____

שם האב _____ ת.ז. _____ חתימה _____

עד לחתימה: _____

תאריך _____

ויתור סודיות-מסירת מידע

אני החתומה/ה מטה, נותנת/ת בזה את רשותי למרכז לבריאות הנפש פ"ת

למסור את המידע הרפואי המצוי ברשותו

והנוגע לבתי/בני _____ ת.ז. _____.

לידי גורמי הרווחה ומוותר/ת לצורך כך על הסודיות הרפואית.

שם האם _____ ת.ז. _____ חתימה _____

שם האב _____ ת.ז. _____ חתימה _____

עד לחתימה: _____



תאריך _____

ויתור סודיות-קבלת מידע

אני החתומה/ה מטה, נותנת/ת בזה את רשותי למערכת החינוכית בה לומד בני/בתי

למסור את כל המידע אודות בני/בתי _____ ת.ז. _____.

למרכז לבריאות הנפש פ"ת, ומוותר/ת לצורך כך על הסודיות הרפואית.

שם האם _____ ת.ז. _____ חתימה _____

שם האב _____ ת.ז. _____ חתימה _____

עד לחתימה: _____

תאריך _____

ויתור סודיות-מסירת מידע

אני החתומה/ה מטה, נותנת/ת בזה את רשותי למרכז לבריאות הנפש פ"ת למסור את המידע

הרפואי המצוי ברשותו והנוגע לבתי/בני _____ ת.ז. _____.

לידי המערכת החינוכית ומוותר/ת לצורך כך על הסודיות הרפואית.

שם האם _____ ת.ז. _____ חתימה _____

שם האב _____ ת.ז. _____ חתימה _____

עד לחתימה: _____