



## טופס פניה למרפאה - מבוגרים (גיל 18 ומעלה)

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

ברוך הבא למרפאה הקהילתית לבריאות הנפש ותודה על פנייתך אלינו. על מנת שנוכל לתת לך מענה טיפולי מקצועי, אנא מלא טופס זה בתשומת לב ובצורה מפורטת. כל הפרטים בטופס זה ישמרו בסודיות לפי החוק – לא נעביר מידע ללא אישורך לגורם אחר. חשוב לדעת שבהמשך יהיה צורך למסור חלק מהפרטים לקופת החולים שלך לצורך קבלת טופס 17 שהוא תנאי לטיפול במרפאה.

### מה להגיש יחד עם הטופס?

יש להגיש למזכירות באופן ידני, בפקס או במייל, את המסמכים הבאים יחד עם טופס הפניה:

- הפניה מרופא משפחה (חובה).
- טופס 17 אבחוני L0771 שניתן מקופת חולים (חובה).
- אישור ויתור סודיות חתום (חובה, מצורף לאחר השאלון).
- אם אושפזת באשפוז פסיכיאטרי חובה לצרף דו"ח סיכום אשפוז.
- כל חומר רלוונטי נוסף שעשוי לעזור לנו להבין ולסייע: סיכומים רפואיים, טיפולים רגשיים, דו"חות סוציאליים, סיכומי טיפול, סיכומי וועדות של ביטוח לאומי וכדומה.

### מהו התהליך לאחר הגשת הטופס והמסמכים?

טופס הפניה נועד לבדיקה ראשונית שיש באפשרותנו לסייע לך בהתאם לסל השירותים שברשותנו. בטופס יופיעו שאלות רבות שיעזרו לנו לכונן את פנייתך. אם בעקבות קריאת הטופס נעריך כי ישנו מקום שמציע טיפול אחר שמתאים יותר עבורך, המזכירות תיצור איתך קשר כדי להפנות לגורם הרלוונטי.

לרוב, לאחר בדיקה של טופס הפניה תוזמן למפגש ראשוני (אינטייק) בו הצוות הטיפולי יעמיק בהבנת סיבת הפניה והמענה המתאים. פגישות אלו מתקיימות בשעות הבוקר והצהריים, אנא היערכו להגעה בשעות אלו. עשויה להיות המתנה לפגישת האינטייק והמתנה נוספת בין פגישת האינטייק לקבלת המענה הטיפולי בהתאם לעומס הפניות למרפאה.

שים לב, על מנת שנוכל לאפשר טיפול קבוע ומסודר, אנו מבקשים להימנע מהיעדרויות ולהודיע מראש במקרים חריגים של אי-הגעה. לא נוכל לקיים טיפול במרפאה ללא רצף הגעה.

מרפאת מבוגרים, אחד העם 31, טלפון: 03-7336368, פקס: 02-6473977, [1haam@mky.health.gov.il](mailto:1haam@mky.health.gov.il)

יחידת שחף, מרפאת ילדים ונוער, שפיגל 3, טלפון: 03-7947607, פקס: 02-6473977, [tziona.b@mky.health.gov.il](mailto:tziona.b@mky.health.gov.il)



## פרטים אישיים

תאריך: \_\_\_\_\_

שם: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ מגדר: גבר / אישה / אחר

גיל: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_ תאריך עליה: \_\_\_\_\_

כתובת מלאה: \_\_\_\_\_

סולר: \_\_\_\_\_ אימייל: \_\_\_\_\_

איש קשר נוסף (שם מלא, טלפון, קרבה): \_\_\_\_\_

מצב משפחתי (רווק/נשוי/אלמן/פרוד/גרוש, גילאי ילדים, מי מתגורר יחד איתך):

\_\_\_\_\_

מס' שנות לימוד: \_\_\_\_\_ עיסוק כיום: \_\_\_\_\_

נעזרת באדם אחר למילוי השאלון? אם כן, במי? \_\_\_\_\_

אני מסוגלת/לקבל טיפול בעברית  לא  כן

קופת חולים: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ שם רופא משפחה: \_\_\_\_\_

האם ידוע לך על קרוב משפחה שגם מטופל פה?  לא  כן

## סיבת הפנייה למרפאה

למה את/ה פונה למרפאה?

(אפשר להתייחס לאירוע, התנהגויות, תקופה, רגשות וכל דבר אחר)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## רקע רגשי

האם היית בעבר בטיפול נפשי (רגשי / פסיכיאטרי)?  לא  כן

האם היית בעבר באשפוז פסיכיאטרי?  לא  כן

אם כן, אנא פרט על כך ומתי הייתה הפעם האחרונה שאושפזת

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

האם ישנן מחלות פיזיות או הפרעות רגשיות-נפשיות? נא לפרט:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

האם יש שימוש בתרופות קבועות לצורך פיזי, רגשי או נפשי?  לא  כן

אם כן, נא לפרט שם תרופה ומינון

\_\_\_\_\_

מרפאת מבוגרים, אחד העם 31, טלפון: 03-7336368, פקס: 02-6473977, [1haam@mky.health.gov.il](mailto:1haam@mky.health.gov.il)

יחידת שחף, מרפאת ילדים ונוער, שפיגל 3, טלפון: 03-7947607, פקס: 02-6473977, [tziona.b@mky.health.gov.il](mailto:tziona.b@mky.health.gov.il)



האם סבלת בצורה משמעותית מ:

כן, בתקופה האחרונה	כן, בעבר (לפני שנה ומעלה)	לא	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פגיעת ראש
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	צריכת אלכוהול
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	צריכת סמים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הפרעות אכילה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	חשיפה לאלימות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פגיעה מינית
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מחשבות או כוונות אובדניות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	התמכרויות (הימורים, מין, אחר)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פגיעה המערבת הליך משפטי

אם סימנת "כן" על אחד או יותר מהסעיפים, בבקשה ספרי לנו עוד:

---

---

---

### גורמים מעורבים

האם קיימת תמיכה או טיפול מגורם אחר? (ביטוח לאומי, לשכת תעסוקה, המחלקה לשירותים חברתיים, עורך דין, שירות מבחן, בית חולים או כל גורם אחר)

---

---

האם מוכרת נכות בביטוח לאומי?  לא  גופנית  נפשית  גם וגם

אם קיימים אחוזי נכות בביטוח לאומי, מה גובה אחוזי הנכות המוכרת: \_\_\_\_\_

האם עברת ועדת סל שיקום? אם כן, נא לפרט באילו שירותים נעזרת

---

---

---

מרפאת מבוגרים, אחד העם 31, טלפון: 03-7336368, פקס: 02-6473977, [1haam@mky.health.gov.il](mailto:1haam@mky.health.gov.il)

יחידת שחרף, מרפאת ילדים ונוער, שפיגל 3, טלפון: 03-7947607, פקס- 02-6473977, [tziona.b@mky.health.gov.il](mailto:tziona.b@mky.health.gov.il)



תאריך \_\_\_\_\_

לכבוד

המחלקה לשירותים חברתיים / מחלקה אישפוזית / גורם טיפולי אחר: \_\_\_\_\_  
(\*נא לסמן/להוסיף את הגורם הרלוונטי)

### ויתור סודיות-קבלת מידע

אני החתומה/מטה, נותנת/בזה את רשותי למסור למרכז הקהילתי לבריאות הנפש פ"ת או לבא כוחו כל אינפורמציה בקשר למצבי הבריאותי, טיפול שניתן לי, תוצאותיו, כל מסמך רפואי אודותי ו/או כל אינפורמציה אחרת, שתידרש ע"י הנ"ל.

שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

### ויתור סודיות-מסירת מידע

אני החתומה/מטה, נותנת/בזה את רשותי למרכז לבריאות הנפש פ"ת למסור את המידע הרפואי המצוי ברשותו אודותי לידי \_\_\_\_\_  
ומוותרת/לצורך כך על הסודיות הרפואית.

שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_