

שאלון רישום לקבלת טיפול

תאריך מילוי השאלון: _____

שם הילד/ה: _____ שם משפחה _____

תאריך לידה (לועזי) _____ גיל: _____ בן/בת _____

מס' ת.ז: _____

קופת חולים: _____ אישור מקופת חולים: כן/לא.

כתובת מגורים: _____ טל' בית _____

דוא"ל _____

שם האב: _____ עיסוק: _____ נייד: _____

שם האם _____ עיסוק _____ נייד _____

מצב משפחתי _____

מספר ילדים במשפחה _____ מיקום הילד במשפחה: _____

שם הגן/בית הספר: _____ שם הגננת/מורה: _____

לאיזה תחום טיפולי הופנה: (הקף בעיגול, ניתן להקיף מספר תחומים)
ריפוי בעיסוק/ קלינאית תקשורת/ טיפול רגשי/ טיפול קבוצתי/ הוראה מתקנת – חשבון/קריאה
אחר _____

גורם מפנה _____

סיבת ההפניה _____

מתי החל הקושי? _____

האם טופל בעבר או מטופל כיום? _____ באיזה תחום? _____

באיזו מסגרת _____ מתי? _____ שם המטפל: _____

האם המשפחה מטופלת או טופלה ברווחה? _____ שם העו"ס: _____

האם עבר אבחון כלשהו בעבר: _____ מתי ובאיזו מסגרת. _____

ימים ושעות טיפול מועדפים: _____

הסכמה לקבלת טיפול במשכ"ל

אנו הורי הילד/ה _____ מאשרים לצוות הטיפולי במשכ"ל
לטפל בילד/ה, למסור ולקבל מידע מ/ל צוות חינוכי טיפולי בגן או בבית הספר וגורמים טיפוליים
אחרים כמו: שרות פסיכולוגי, רווחה, מתי"א, קופ"ח ועוד.
בחתימתנו להלן יש לראות ויתור על סודיות לצרכים הטיפוליים בלבד ולקידום הטיפול של ילדי.

הערות: _____

שם האם: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

שם האב: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

במידה וטופל בעבר, נא לצרף אבחונים שנערכו או סיכומי טיפול רלבנטיים בכל
התחומים.

נספחים

- טופס הסכמה לטיפול חתום על ידי שני ההורים (מצורף לטופס זה)
- טופס גננת/מורה
- חוזה טיפולי חתום על ידי ההורים.
- אבחונים קודמים