



ממלא הטופס: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

## שאלון הורים לקליטה במרפאת החוץ לילדים ולנוער

הורה יקר/ה הנך מתבקש/ת למלא את הפרטים בטופס שלפניך.  
הפרטים דרושים לנו על מנת שנוכל לנסות ולעזור לילדך בצורה הטובה והמקצועית ביותר.  
כל הפרטים ישמרו בסודיות ככל חומר רפואי-אישי.

שם הילד/ה: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ מין: ז / נ ת. זהות: \_\_\_\_\_  
תאריך לידה: \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_ שנת עליה: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_

פרטי הורה 1:

שם: \_\_\_\_\_ שנת לידה: \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_  
עיסוק: \_\_\_\_\_ השכלה: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_

פרטי הורה 2:

שם: \_\_\_\_\_ שנת לידה: \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_  
עיסוק: \_\_\_\_\_ השכלה: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_

מצב משפחתי: נשואים / גרושים / חד הורי / אחר: \_\_\_\_\_

הילד/ה גדל/ה אצל: \_\_\_\_\_ השפה המדוברת בבית: \_\_\_\_\_

### במקרה של הורים גרושים, יש לצרף לשאלון אחד מהמסמכים הבאים:

1. אישור חתום של ההורה השני, עם הסכמה לטיפול במרפאתנו, כולל צילום

תעודת זהות, או –

2. החלטת בית משפט המאשרת בדיקה או טיפול פסיכיאטרי, או -

3. החלטת בית משפט על צו אפוטרופסות.



אירועים מיוחדים/ משמעותיים בחיי הילד/ה או המשפחה שחשוב לך לציין:

---



---



---

פרטי ילדים נוספים במשפחה:

שנת לידה	מין

סיבת הפניה: \_\_\_\_\_

---

תולדות הבעיה (מתי החלה, איך התפתחה, אילו טיפולים כבר נעשו): \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---

ציפיות ההורים והילד מהמרפאה: \_\_\_\_\_

---

מסגרת חינוכית: \_\_\_\_\_

תפקוד לימודי: \_\_\_\_\_

תפקוד חברתי: \_\_\_\_\_

תחביבים ועיסוקים מיוחדים של הילד/ה: \_\_\_\_\_



**רקע רפואי:**

האם ישנן בעיות גופניות (כולל טיפולים, ניתוחים, אשפוזים, תאונות): כן/לא.  
אם כן, נא פרט:

---



---

האם נוטל תרופות כלשהן? אם כן, נא לפרט – שם ומינון (כל סוג של תרופה)

---



---

האם ישנן רגישויות או אלרגיות כלשהן? אם כן, נא לפרט:

---

**רקע התפתחותי:**

האם ההריון היה תקין? כן / לא, פרט/י:

---

האם הלידה היתה רגילה? כן / לא, פרט/י:

---

באיזה שבוע נולד/ה הילד/ה? משקל לידה: \_\_\_\_\_ ציון אפגר: \_\_\_\_\_

---

האם היו סיבוכים לאחר הלידה? כן / לא, פרט/י:

---

האם ינק? כן / לא, עד איזה גיל? \_\_\_\_\_

---

הופעת אבני דרך התפתחותיים:

מילים ראשונות: \_\_\_\_\_ זחילה: \_\_\_\_\_ הליכה: \_\_\_\_\_

---

גמילה ביום: \_\_\_\_\_ גמילה בלילה: \_\_\_\_\_

---

באיזה גיל נכנס/ה לראשונה למסגרת: \_\_\_\_\_

---

האם היו קשיים במעברים בין מסגרות? כן / לא, פרט/י:

---

האם ילדך ישן היטב? כן/ לא, פרט/י:

---

האם הרגלי האכילה של ילדך תקינים? כן / לא, פרט/י:

---

האם היה צורך באבחון או טיפול במסגרת יחידה או מכון להתפתחות הילד? כן / לא, פרט/י:

---

\_\_\_\_\_

---

\_\_\_\_\_

---

האם ילדך עבר אבחון בעבר: אבחון דידקטי/ פסיכודידקטי/ פסיכודיאגנוסטי/ בדיקה ממוחשבת  
להפרעת קשב- TOVA או MOXO, או אבחון אחר? אם כן, איזה אבחון ומתי נעשה?

---

\_\_\_\_\_

---



האם ילדך טופל/ה בעבר או מטופל/ת כיום באחד מהתחומים הבאים:  
קלינאית תקשורת / ריפוי בעיסוק / פיזיותרפיה / טיפול רגשי פרטני / טיפול רגשי קבוצתי / נירולוג /  
פסיכיאטר / אחר: \_\_\_\_\_

- סוג טיפול: \_\_\_\_\_ תקופת הטיפול: \_\_\_\_\_
- סוג הטיפול: \_\_\_\_\_ תקופת הטיפול: \_\_\_\_\_
- סוג הטיפול: \_\_\_\_\_ תקופת הטיפול: \_\_\_\_\_

האם פנית לאחרונה למסגרת טיפולית נוספת? כן / לא, פרט/י: \_\_\_\_\_

האם גורמי הרווחה מעורבים? כן / לא, פרט/י: \_\_\_\_\_

האם ילדך מקבל קצבה מביטוח לאומי? כן / לא \_\_\_\_\_

**בהגעתכם למרפאה, יש להביא סיכומים מאבחונים / טיפולים קודמים.**

**תודה על שיתוף הפעולה,  
בברכת בריאות טובה**

צוות מרפאת ילדים ונוער, המרכז לבריאות הנפש גהה