

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;  
יש למלא את השאלון ביסודיות ובמלואו.  
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:

שם	מין	גיל

האם אחד האחים מטופל כיום, או טופל בעברת במרפאתנו? כן/לא  
 אם כן- על ידי איזה רופא/ה או מטפלת?

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, תרופות, תאונות): כן / לא.  
 אם כן, נא פרטי:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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, פרטי: \_\_\_\_\_  
האם הלידה היתה רגילה? כן / לא, פרטי: \_\_\_\_\_  
באיזה שבוע נולד/ה הילד/ה? משקל לידה: \_\_\_\_\_ ציון אפגר: \_\_\_\_\_  
האם היו סיבוכים לאחר הלידה? כן / לא, פרטי: \_\_\_\_\_  
האם ינק? כן / לא, עד איזה גיל? \_\_\_\_\_

**הופעת אבני דרך התפתחותיות:**

מילים ראשונות: \_\_\_\_\_ זחילה: \_\_\_\_\_ הליכה: \_\_\_\_\_  
גמילה ביום: \_\_\_\_\_ גמילה בלילה: \_\_\_\_\_  
באיזה גיל נכנס/ה לראשונה למסגרת: \_\_\_\_\_  
האם היו קשיים במעברים בין מסגרות? כן / לא, פרטי: \_\_\_\_\_  
האם ילדך ישן היטב? כן/ לא, פרטי: \_\_\_\_\_  
האם הרגלי האכילה של ילדך תקינים? כן / לא, פרטי: \_\_\_\_\_  
האם היה צורך באבחון או טיפול במסגרת יחידה או מכון להתפתחות הילד? כן/לא.  
אם כן, פרטי: \_\_\_\_\_

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 / נויורולוג/  
פסיכיאטר/ אחר: \_\_\_\_\_  
● סוג טיפול: \_\_\_\_\_ תקופת הטיפול: \_\_\_\_\_  
● סוג הטיפול: \_\_\_\_\_ תקופת הטיפול: \_\_\_\_\_  
● סוג הטיפול: \_\_\_\_\_ תקופת הטיפול: \_\_\_\_\_

האם פנית לאחרונה למסגרת טיפולית נוספת? כן / לא, פרטי: \_\_\_\_\_  
האם גורמי הרווחה מעורבים? כן / לא, פרטי: \_\_\_\_\_  
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