**טופס הסכמת הורים לטיפול במרפאת ילדים ונוער גהה**

**לטופס זה יש לצרף צילום של תעודת זהות של החותמים.**

**חתימת הורה ראשון:**

אני \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, תז \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מסכים שבתי/בני \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תעבור/יעבור במרפאת ילדים ונוער גהה (נא לסמן בעיגול את כל האפשרויות להן את/ה מסכים/ה)

1. אבחון (לרבות בדיקה פסיכיאטרית אם תדרש)
2. טיפול פסיכותרפיה (טיפול רגשי רגשי)
3. מעקב פסיכיאטרי וטיפול תרופתי במידה וידרש

במידה ואינכם מעוניינים בסוג טיפול מסוים אנא נמקו:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

חתימה :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**חתימת הורה שני:**

אני \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, תז \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מסכים שבתי/בני \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תעבור/יעבור במרפאת ילדים ונוער גהה:

1. איבחון (לרבות בדיקה פסיכיאטרית אם תדרש)
2. טיפול פסיכותרפיה (טיפול רגשי רגשי)
3. מעקב פסיכיאטרי וטיפול תרופתי במידה וידרש

במידה ואינכם מעוניינים בסוג טיפול מסוים אנא נמקו:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

חתימה :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_