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:

|  |  |
| --- | --- |
| מין | שנת לידה |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

האם אחד האחים.ות מטופל.ת כיום, או טופל.ה בעבר במרפאתנו? כן/לא

אם כן – על ידי איזה רופא/ה או מטפל/ת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

סיבת הפניה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

בעיות גופניות (כולל טיפולים, ניתוחים,תרופות, תאונות): כן / לא. אם כן, נא פרט:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מסגרת חינוכית:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תפקוד לימודי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תפקוד חברתי:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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, פרטי:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 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 / נוירולוג/ 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**