

## טופס פנייה למרפאת הגיל הרך והינקות

תאריך הפנייה: \_\_\_\_\_

### כל הפרטים הינם לגבי הילד המופנה:

שם משפחה:	שמו הפרטי של הילד:	מין:
ת. לידה:	ת. זהות:	קופ"ח:
סטטוס הורים:	מסגרת חינוך נוכחית של הילד:	גורם מפנה:
כתובת:	מייל ליצירת קשר:	

### תיאור מבנה המשפחה כולל הילד/ה המופנה:

שם ההורים:	שנת לידה:	טלפון נייד:	תעסוקה:
אב:			
אם:			
שם הילד:	שנת לידה:	גיל:	מסגרת חינוך (גן/ביהס/חינוך רגיל/מיוחד)
.1			
.2			
.3			
.4			
.5			

### סיבת הפנייה:

האם היו שנויים במצב המשפחתי (גירושין, פטירה או שינוי אחר)? אם כן - מתי?
האם הילד/ה המופנה/ית היה/יתה באבחון או בטיפול בעבר (מתי, אצל מי, וסיבות הפנייה)?
האם סבל/ה / סובל/ת מבעיות התפתחותיות?
האם סבל /ה סובל/ת מבעיות רפואיות/גופניות – מחלות, ניתוחים?
האם מטופל/ת תרופתית? באילו תרופות?
האם מישהו מאחים/יות היו בטיפול? כן / לא. אם כן – איפה?
מידע נוסף החשוב לדעתכם:

\*יש לצרף דוחות וסיכומים מפורטים ומעודכנים מהגננת / סיכומי אבחון וטיפול קודמים שבוצעו בעבר.

הנני לאשר את הפרטים הרשומים:

חתימת האב: \_\_\_\_\_ חתימת האם: \_\_\_\_\_