



שאלון קבלה לטיפול ריגשי (למילוי ההורים)

השאלון מתייחס למגוון נושאים הקשורים ומשפיעים על תפקוד הילד/ה, במטרה לקבל תמונה רחבה, כוללת ומשקפת על הילד/ה. השאלון נכתב בלשון זכר, אך מתייחס באופן שווה לשני המינים.

תאריך: _____ שם ממלא הטופס: _____

פרטים נמסרו ע"י אב/אם/ שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

מצב משפחתי: _____ טל' בית: _____ פלאפון: _____

טל' נוספים: _____ כתובת מייל: _____

קופת חולים: _____ יש אישור לטיפול ב: _____

גורם מפנה: _____

סיבת הפנייה: _____

פרטים על הילד:

שם המשפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.ז.: _____

מין: ז/נ ת.ל: _____ ארץ לידה: _____

כתובת: _____

שם הגן/ביה"ס: _____ מס' טלפון: _____

שם הגננת/מורה: _____ מס' טלפון: _____

פרטים על המשפחה:

מי גר בבית? _____

מצב משפחתי של הורים: רווקים/ נשואים/ פרודים/ גרושים/ אלמנה

אב	אם	
		שם פרטי+משפחה
		ת"ז הורים:
		שנת לידה
		ארץ לידה / שנת עליה

רח' החלוצים 9 בת-ים, טל. 03-5090563/8 פקס. 03-5512969



עיריית בת-ים



קן רש"י



חברה לתרבות פנאי וספורט



שיקום שכונות



		השכלה
		מקצוע
		מקום עבודה + שעות עבודה

דמויות משמעותיות נוספות (סבתא, מטפלת...) שטיפלו מטפלות בילד: _____

עם מי הילד ישן בחדר ובאיזה סוג מיטה? _____

מס' נפשות בבית: _____ מס' חדרים: _____

שפות מדוברות בבית: _____ באיזו שפה הילד מדבר: _____

טיפת חלב _____ עוד מידע רלוונטי: _____

האם יש קשר עם הרווחה או גורמים אחרים (שם גורם): _____

פרטים על אחים:

שם	שנת לידה	מסגרת	בעיות בריאותיות/התפתחותיות	האם טופל ואיפה?
1				
2				
3				
4				
5				
6				

רקע רפואי:

האם הילד סבל/ סובל ממחלות כלשהן: _____ מאיזה גיל: _____

האם מקבל טיפול תרופתי? אם כן- איזה? _____

האם סובל מאלרגיה (מזון/אבק/בע"ח): _____

רח' החלוצים 9 בת-ים, טל. 03-5090563/8 פקס. 03-5512969



עיריית בת-ים



קרן רש"י



חברה לתרבות פנאי וספורט



שיקום שכונות



האם עבר בדיקה שמיעה _____ האם עבר בדיקת ראייה _____

ממצאים _____

האם הילד עבר בדיקות רפואיות או התפתחותיות כגון: /ריפוי בעיסוק/ ק. תקשורת/ פיזיותרפיה/ פסיכולוג/ נירולוג/ אחר. נא לפרט ולצרף דו"ח אחרון. _____

האם הילד מקבל טיפולים נוספים בקופה או באופן פרטי דרך הקופה כגון: ריפוי בעיסוק, ק. תקשורת, פיזיותרפיה, טיפול ריגשי (מכל סוג): _____

האם הילד עבר אבחון רגשי או טיפול רגשי בעבר? (פסיכולוג, עובד סוציאלי, טיפול באומנויות/תנועה/דרמה/מוסיקה, טיפול בעזרת בעלי חיים) נא לפרט ולצרף דו"ח אחרון. _____

האם הילד מקבל טיפול/עזרה מגורם אחר: כגון גננת או מורת שילוב / תוכניות אחרות _____

האם ההורים נמצאים כעת או בעבר בהדרכת הורים? נא לפרט _____

מהלך ההריון:

תקין/לא תקין, פרט: _____

לידה: שבוע לידה: _____ סוג הלידה: _____ משקל הילד: _____

האם היו סיבוכים במהלך / אחרי הלידה? _____

בריאות הילד אחרי הלידה: _____

תודה על שיתוף הפעולה,

הצוות הטיפולי

המרכז לגיל הרך בתים

רח' החלוצים 9 בתים, טל. 03-5090563/8 פקס. 03-5512969



עיריית בתים



קרן רש"י



חברה לתרבות פנאי וספורט



שיקום שכונות