

נא לכתוב כמה טיפולים אושרו לילד:

לבני/בתי אושרו _____ טיפולים



שם הילד:

ת.ז.:

שאלון קבלה – ריפוי בעיסוק :

חלק ראשון – למילוי על ידי ההורים

להורים: 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/ _____ /טל" בית: _____ פלאפון: _____

טל' נוספים: _____ כתובת מייל: _____

מצב משפחתי של ההורים: _____

קופת חולים: _____ יש אישור לטיפול ב: _____

פרטים על הילד:

שם המשפחה: _____ שם פרטי: _____ מין: ז/נ ת.ל: _____

כתובת: _____ ת.ז.: _____

שם הגן/ביה"ס: _____ שם הגנת/מורה: _____

פרטים על המשפחה:

אב	אם	
		שם פרטי+משפחה
		שנת לידה
		ארץ לידה / שנת עליה
		השכלה
		מקצוע
		מקום עבודה + שעות עבודה

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



עיריית בת-ים



קרן רש"י



חברה לתרבות פנאי וספורט



שיקום שכונות

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

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

מס' נפשות בבית: _____ מס' חדרים: _____

שפות מדוברות בבית: _____ באיזו שפה הילד מדבר: _____

טיפת חלב (כתובת): _____ עוד מידע רלוונטי: _____

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

פרטים על אחים:

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

רקע רפואי:

האם הילד סובל ממחלות כלשהן: _____ מאיזה גיל: _____

האם מקבל טיפול תרופתי? אם כן- איזה? _____
האם סובל מאלרגיה (מזון/אבק/בע"ח): _____

מתי עבר בדיקת שמיעה _____ (נא להמציא מסמכים)

מתי עבר בדיקת ראייה _____

ממצאי בדיקות ראייה/שמיעה _____

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

האם הילד עבר בדיקות רפואיות/התפתחותיות או איבחונים כגון: ריפוי בעיסוק/ ק. תקשורת/ פיזיותרפיה/ פסיכולוג/ נירולוג/ אחר _____

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

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

האם הילד טופל בעבר ואם כן באיזה תחום, היכן ולכמה זמן? _____

האם התקיים מפגש עם עו"ס במכון? כן/לא , במידה וכן נא להעביר העתק אינטייק.

מהלך ההריון:

הרגשה, טיפולים מיוחדים, תרופות, סיבוכים (דימומים, הרעלות, עישון, שמירת הריון וכו') _____

לידה:

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

האם היו סיבוכים במהלך הלידה? _____

בריאות הילד אחרי הלידה: _____

התפתחות מוטורית:

באיזה גיל הושגו אבני דרך התפתחותיות:

התהפכות: _____ זחילה: _____ ישיבה: _____ עמידה: _____ הליכה: _____

הערות: _____

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



שפה:

באיזה גיל התחיל לדבר מילים ראשונות _____ משפטים _____
האם מבין הוראות: פשוטות _____ מורכבות _____
האם הדיבור מובן _____
האם מסוגל להביע באופן ברור בקשה/שאלה/רעיון _____
האם יש שיבושי היגוי _____ האם יש בעיות קול (צרידות/טון דיבור) _____

תודה על שיתוף הפעולה,
צוות המרפאות בעיסוק,
המרכז לגיל הרך בת-ים.

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