



## מרכז לגיל הרך

### שאלון קבלה להדרכת הורים (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: \_\_\_\_\_

טל' בית: \_\_\_\_\_ פלאפון: \_\_\_\_\_ מצב משפחתי: \_\_\_\_\_

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



עיריית בת-ים



קרן רש"י



חברה לתרבות פנאי וספורט



שיקום שכונות

		שנת לידה
		ארץ לידה / שנת עליה
		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"ה החלוצים 9 בת-ים. טל. 03-5090563/8 פקס. 03-5512969



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 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 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 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: \_\_\_\_\_

אנא ציינו שעות מועדפות ביום להגעה להדרכת הורים: \_\_\_\_\_

תודה על שיתוף הפעולה,

הצוות הטיפולי

המרכז לגיל הרך בת-ים

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



עיריית בת-ים



קרן רש"י



חברה לתרבות פנאי וספורט



שיקום שכונות