



היחידה הפסיכיאטרית לילד ולנוער
מרכז רפואי סוראסקי
דפנה 10 תל-אביב,
טל': 03-6973733 פקס: 03-6973474

תאריך _____

בקשה למנוי אבחוני (טופס 17) לטיפול בבריאות הנפש ילדים ונוער

לכב'
קופ"ח כללית / מכבי / לאומית / מאוחדת
א.ג.נ.,

שם ומשפחה: _____, מס' ת.ז.: _____

הורי הילד/ה שבנדון פנו/הופנו עם בקשה לקבל/ה לטיפול במרפאה (מצ"ב מכתב ההפניה מהגורם המפנה).

כדי שיהיה ניתן להתחיל בתהליך אנו מבקשים לתת ל/ה התחייבות עבור
מנוי אבחוני לפי קוד L0770 (מנוי אבחוני, ילדים ונוער, בריאות הנפש)

בברכה,



טופס הסכמה להורים לאבחון וטיפול נפשי לרבות טיפול תרופתי על פי הצורך
ביחידה פסיכיאטריה לילד ולמתבגר במרכז רפואי סוראסקי ת"א.

אנו ההורים :

שם האב _____ שם האם _____

ת.ז. _____ ת.ז. _____

הורים של {שם מלא} _____ ת.ז. _____
מאשרים אבחון / טיפול במרפאתכם.

תאריך _____

חתימת האב _____ חתימת האם _____



היחידה הפסיכיאטרית לילד ולנוער
מרכז רפואי סוראסקי
דפנה 10 תל-אביב,
טל': 03-6973733 פקס: 03-6973474

תאריך _____

טופס פנייה למרפאה

שם הילד/ה _____ ת.ז. _____
תאריך לידה _____ גיל הילד/ה _____
שם האם: _____ שם האב _____
כתובת _____
טלפון _____ טלפון נוסף _____
קופת חולים _____

אנא תארו בקצרה את הקשיים שבעטיים אתם פונים למרפאה: _____

תארו את המשפחה הגרעינית (בני המשפחה, אחים/אחיות, עיסוק ההורים, יחסים במשפחה, בעיות/קשיים במשפחה, אירועים משמעותיים בחיי המשפחה): _____



היחידה הפסיכיאטרית לילד ולנוער
מרכז רפואי סוראסקי
דפנה 10 תל-אביב,
טל': 03-6973733 פקס: 03-6973474

האם היו בעיות בהריון או בלידה? אם כן פרט _____

האם היו קשיים/עיכוב בהתפתחות? האם טופל/ה בטיפולים התפתחותיים (ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, קלינאית תקשורת)? אם כן פרט _____

באיזה גיל החל/ה ללכת למעון/גן? האם היו קשיי פרידה מיוחדים? _____

באיזה גיל נגמל/ה מחיתול? האם היו בעיות הרטבה או בריחת צואה? _____

כיצד היו תפקודו/ה והתנהגותו/ה בגיל הגן (האם השתלב/ה בחברת הילדים, האם היו קשיי התנהגות, האם היה קושי לשבת במפגש)? _____

האם לומד/ת במסגרת חינוכית רגילה/מיוחדת? פרט _____

כיצד מתפקד/ת לאורך השנים בבית הספר? _____

אנא תארו את השתלבותו/ה החברתית ואת הקשיים אם קיימים _____



היחידה הפסיכיאטרית לילד ולנוער
מרכז רפואי סוראסקי
דפנה 10 תל-אביב,
טל' : 03-6973733 פקס : 03-6973474

אנא תארו את מצב רוחו/ה בדרך כלל (עצוב/שמח/עצבני/מתוה/רגוע, יציב/תנודתי וכד')

האם סובל/ה מחרדות/פחדים? אם כן פרטו

כיצד מקבל/ת בד"כ כללים וסמכות? האם קיימות בעיות התנהגות? אם כן אנא תארו אותן

האם ביטא/ה אי פעם תחושת רצון למות או מחשבה לפגוע בעצמו/ה? האם פגע/ה בעצמו/ה בעבר? פרטו

האם היה/תה בעבר בטיפול פסיכיאטרי/פסיכולוגי/רגשי? פרטו:

נסו לתאר את הדימוי העצמי שלו/ה. ממה מרוצה בעצמו/ה? מה היה/תה רוצה לשנות?

מה מסב לך/ה הנאה? באלו תחומים מתעניין/ת?



היחידה הפסיכיאטרית לילד ולנוער
מרכז רפואי סוראסקי
דפנה 10 תל-אביב,
טל': 03-6973733 פקס: 03-6973474

מה נקודות החוזקה שלו/ה? _____

האם סובל/ת מבעיות רפואיות? פרטו _____

האם קיימת רגישות לתרופות כלשהן? פרטו _____

נקודות חשובות נוספות שברצונכם לציין: _____

תודה

צוות המרפאה