

משרד הבריאות

המרכז הרפואי זיו צפת  
המח' הפסיכיאטרית  
ליילד ולמתבגר  
טל' 6828086 - 04  
פקס - 6828182 - 04



תאריך הפניה: \_\_\_\_\_

**טופס - הפניה**

(כל הפרטים הינם לגבי הילד המופנה)

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מין \_\_\_\_\_  
ת. לידה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_ מס' טלפון בבית: \_\_\_\_\_  
מס' טלפון נייד: \_\_\_\_\_

**תאור מבנה המשפחה (כולל הילד/ה המופנה)**

<u>שם</u>	<u>גיל</u>	<u>תעסוקה/מקום לימודים</u>	<u>מקום מגורים/כתובת</u>
אב:	_____	_____	_____
אם:	_____	_____	_____
ילדים:	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

סיבת ההפניה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

האם היו שנויים במצב המשפחתי (גירושין, פטירה או סיבה אחרת) \_\_\_\_\_  
פרוט השינוי (מה קרה, ומתי) \_\_\_\_\_

האם היה בטיפול בעבר (מתי, אצל מי, וסיבות ההפניה): \_\_\_\_\_

האם היו או ישנן בעיות התפתחויות או בריאותיות (ראיה, שמיעה, מחלות בעיות נאורולוגיות וכד')

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

האם מישהו מאח/ות הילד היו בטיפול כן / לא אם כן: איפה \_\_\_\_\_

יש לצרף דוחות מפורטים ומעודכנים מהגנת/ מחנכת/ יועץ ביה"ס/ סיכומי טיפול קודמים (כל אלה על דפים נפרדים).  
אנפורמציה חשובה נוספת לדעתכם: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

הנני לאשר את הפרטים הרשומים לעיל

חתימת אב: \_\_\_\_\_ חתימת אם: \_\_\_\_\_