

שאלון מילוי בידי ההורים

תאריך מילוי השאלון: _____

פרטי הילד:

שם	תאריך לידה	ת.ז.

כתובת	טל בבית	קופ"ח	באיזה ביטוח אתם מבוטחים

פרטי ההורים:

שם האבא	מס פלאפון	ת.ז.

שם האמא	מס פלאפון	ת.ז.

פרטים אודות המשפחה:

ילדים	בן/ת	ביה"ס	כיתה	ילדים	בן/ת	ביה"ס	כיתה
.1				.6			
.2				.7			
.3				.8			
.4				.9			
.5				.10			

מצב משפחתי מיוחד: גירושים/ אלמנות /אימוץ/ אומנה/ אחר _____

סיבת ההפניה:

הקושי: _____

_____ מתי אובחן הקושי ?

_____ האם טופל בעבר, ואם כן היכן? (נא לצרף אבחונים אם יש)

_____ גורם מפנה:

פרט לגבי הבעיה בגללה אתם פונים: (אפשר לסמן מספר אפשרויות)

- א. בעיית קשב וריכוז, פרטו: _____

- ב. בעיה רגשית, פרטו: _____

- ג. בעיית התנהגות, פרטו: _____

- ד. בעיה חברתית, פרטו: _____

- ה. בעיה בדימוי עצמי, פרטו: _____

- ו. בעיה במשפחה, פרטו: _____

- ז. התנהגות של סיכון עצמי, פרטו: _____

- ח. התנהגות של פגיעה באחרים, פרטו: _____

- ט. בעיה אחרת, פרטו: _____

- האם ניתן להצביע על גורם מסוים שבגללו התעוררה הבעיה? אם כן, מהו? _____

- מדוע בחרתם לפנות עכשיו? _____

אישיות והתנהגות כיום

הקף כל תכונה או התנהגות המאפיינת את הילד כיום:

עצוב	אדישות	מנהיג	חסר סובלנות	ניתוק
חברתי	שמח	פעילות יתר	מונהג	נוטה למצבי רוח
רגיש	שקט	מלא פחדים	עצמאי	תלתי
חסר אנרגיה/עייף	מביע רגש	בעיות בשינה	משתף פעולה	התפרצויות זעם
מעדיף להיות לבד	אחראי מידי (דואג)	מבולבל	קשה לקליטה	מזג או אופי נוח
אימפולסיבי	לא יוזם	לא מנומס		

תיאור חופשי של הילד: _____

הקשר עם בית הספר/ גן :

שם ביה"ס	כיתה	שם המחנך	טלפון
----------	------	----------	-------

הכנת שיעורי בית (מתי, היכן, ובעזרת מי?) _____

הקשר של הילד למורה: _____

האם ישנם קשיים לימודיים: _____

האם אפשר ליצור קשר עם המוסד החינוכי בו הילד מתחנך? כן/לא

התפתחות הילד

- **דוח פסיכולוגי**
תאריך: _____ ממצאים מרכזיים: _____

- **דוח נירולוגי/פסיכיאטרי**
תאריך: _____ ממצאים מרכזיים: _____

- **טיפולים ואבחונים בעבר ובהווה:** _____

- **מצב בריאותי**
מחלות כרוניות, ניתוחים, אשפוזים, תאונות: _____

- **בדיקת ראייה (מרכיב משקפיים כן/לא)**

- **בדיקת שמיעה**

- **מקבל תרופות? כן/לא (אם כן אילו ומינון)**

- **מידע התפתחותי**
הריון ולידה: _____

התפתחות בשנה הראשונה (הנקה, טמפרמנט, בריאות) _____

גמילה: מוצץ בקבוק וחיתול _____

התפתחות מוטורית _____

התפתחות שפתית (שפות בבית, הבנה, דיבור, שיבוש הגוי, צרידות, אינפוף, גמגום) ____

תחושה ומגע (רגישות למגע, מרקמים, אוכל, כאב, מחפש / נמנע מגע פיזי, רחצה, הימנעות מחומרים, רגישות לבגדים) _____

המצב החברתי (במסגרת חינוכית, בבית, בשכונה, עם ילדים בני גילו ואחרים) _____

תיאור תפקודי העצמאות (לבוש, אכילה, שתייה, עשיית צרכים, הרגלי שינה, פרידה) ____

ציפיות ההורים מהטיפול _____

1. מפגש ההורים עם המטפל יתקיים בתחילת הטיפול, לאורך השנה ובסיומו. המפגש הינו חלק מהתהליך וכרוך בתשלום.
2. הדרכת הורים- לעיתים עם התפתחות הטיפול עשוי לעלות צורך להדרכה נוספת להורים הכרוכה בתשלום.
3. חשיבות רבה קיימת להגעה בזמן לטיפול, ביטול ברגע האחרון יחויב בתשלום. (פרטים במשרד).

_____ חתימה

_____ שם ההורה

אישור הסכמת הורים לטיפול

הריני מאשר/ת שבני/ביתי _____ יטופל/תטופל בערוגות על פי התוכנית האישיית שהמרכז בונה עבורו/עבורה.

על החתום :

שם ההורה: _____

ת. זהות : _____

ויתור על סודיות – מסירת / קבלת מידע

1. אני החתום/ה מטה _____ ת.ז. _____ כתובת _____ מוותר/ת בזאת על סודיות לגבי המידע המבוקש הנמצא ברשות צוות ערוגות או מי מעובדיו או מטעמו, והמתייחס אלי ו/או אודות ילדי הנמצאים באפוטרופסותי או לגבי _____ הנמצאת באפוטרופסותי.
2. אני מסכים/מה כי המידע המבוקש יועבר למבקש/ת המידע על פי פנייתו/ה רק בתנאים המפורטים בטופס זה. להלן מבקש/ת המידע: _____
3. אני מסכים/מה שהמידע המבוקש יועבר במלואו/בחלקו (אם סומן "בחלקו" נא לפרט) _____
4. תוקף ויתור כתב סודיות זה עד גמר תקופת הטיפול בילדי ו/או בי.
5. אני מצהיר/ה בזאת כי לא תהיינה לי טענות או תביעות כלשהן נגד ערוגות או מי מעובדיו או מטעמו על מסירת מידע המבוקש למבקש המידע ו/או המשתמע ממנו.

_____ חתימה

_____ תאריך