



תאריך פניה: \_\_\_\_\_

שאלון הפניית ילד לטיפול במ.ט.ר.ה

|                       |                |                   |                |
|-----------------------|----------------|-------------------|----------------|
| שם משפחה:             | שם פרטי:       | כתובת:            | קופ"ח:         |
| ת.ז:                  | מין: זכר/ נקבה | ת.ל:<br>ארץ לידה: | מסגרת חינוכית: |
| שם האם:               | ארץ לידה:      | נייד:<br>טל:      | עיסוק:         |
| שם האב:               | ארץ לידה:      | נייד:<br>טל:      | עיסוק:         |
| מצב משפחתי של ההורים: |                | מייל:             |                |
| שמות אחים וגילם:      |                |                   |                |

סיבת הפניה:

גורם מפנה לטיפול: מורה/ גננת/ רופא/ הורה/ אחר: \_\_\_\_\_

הטיפול המבוקש (הקף בעיגול) דרך התפתחות הילד:

|            |            |              |              |                |
|------------|------------|--------------|--------------|----------------|
| הידרותרפיה | פיזיותרפיה | ריפוי בעיסוק | ריפוי בדיבור | עובדת סוציאלית |
|------------|------------|--------------|--------------|----------------|

הטיפול המבוקש (הקף בעיגול) באמצעות הביטוחים המשלימים

|               |              |            |
|---------------|--------------|------------|
| שחייה טיפולית | ספורט טיפולי | טיפול רגשי |
|---------------|--------------|------------|

האם מקבל (עבר / הווה) טיפולים נוספים פרט:



האם נעשו אבחונים פרט וצרף מסמכים:

בעיות בריאותיות / התפתחותיות בעבר או בהווה לאחד מבני הבית (כגון: קשיי קשב/ ליקוי למידה/ בעיות בריאות):

**מידע התפתחותי על הילד/ה:**

| תחום ההתפתחות  | כן/לא | הערות - פירוט |
|--|-------|---------------|
| האם מהלך ההיריון היה תקין?   |       |               |
| האם מהלך הלידה היה תקין?<br>(שבוע לידה? משקל?)                                 |       |               |
| האם קיימות בעיות בריאות?   |       |               |
| האם מקבלת/ת תרופות באופן קבוע?   |       |               |
| האם נערכה בדיקת שמיעה/ראיה ע"י רופא?<br>• נא לצרף טופס עם תוצאות הבדיקה        |       |               |
| האם לדעתכם התפתחותו המוטורית של ילדכם הייתה על פי המצופה? (זחילה/ הליכה/ ריצה) |       |               |
| האם לילדכם קושי בפעילות כגון: ציור / כתיבה / גזירה?                            |       |               |
| האם ילדכם נמנע ממגע עם חומרים כגון: חול/ דבק/ מים או מחפש מגע באופן מוגזם?     |       |               |
| האם ילדכם עצמאי כפי הנדרש מבני גילו?   |       |               |
| האם ילדכם מבין הוראות/ שאלות / סיפורים?  |       |               |
| האם ילדכם מצליח לבטא את עצמו? (אוצר מילים תקין/ מובנות בדיבור)                 |       |               |
| האם לילדכם יכולת התמדה בפעילות? (מוסח בזמן פעילות?)                            |       |               |
| האם ילדכם בטוח בעצמו? חרד/ מופנם/ ביישן  |       |               |
| האם לילדכם שינויים קיצוניים במצב רוח?  |       |               |
| האם ילדכם מסתגל למצבים חדשים?  |       |               |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | האם יש לילדכם התפרצויות זעם?   |
|  |  | האם עולים קשיים במערכת החינוך?   |
|  |  | האם קיימים קשיים חברתיים עם בני גילו/ה?  |
|  |  | האם היו אירועים חריגים, טראומתיים או מעוררי חרדה אשר ייתכן והשפיעו על תפקודו של ילדכם? |

האם יש מידע נוסף שברצונכם לציין?

---



---



---

לידיעתכם,

- מרכז מ.ט.ר.ה מחויב לסטנדרטים אתיים ומתחייב לשמור על חשאיות רפואית.
- מרכז מטרה הינו ספק של קופות החולים, במידה וקופת החולים תדרוש העברת מידע מכל סוג אודות מבוטח שלה, מרכז מ.ט.ר.ה מחויב להעביר החומר אשר ברשותו.
- מרכז מ.ט.ר.ה הינו מרכז ציבורי רב מקצועי. במרכז מתקיימים באופן תדיר דיוני צוותים והדרכות מקצועיות אודות מטופלים.
- **נוהל שירות נגיש:**

| <u>כמות המשתתפים הנדרשים</u> | <u>סוג ההנגשה הנדרש</u>                                |
|------------------------------|--|
| <u>להתאמה 12</u>             |  |
|                              | תרגום לשפת הסימנים                                     |
|                              | אפשרות ליצירת קשר עם המרכז במייל/ ווטסאפ או פקס        |
|                              | מערכת עזר לשמיעה FN                                    |
|                              | מערכת ירידה למי הברכה (מנוף) למטופלי הברכה             |
|                              | חניה נגישה   |
|                              | תלמיד הורה עם מוגבלות שמיעה שאינם משתמשים במכשיר שמיעה |
|                              | תלמיד/הורה הזקוק למתורגמן לשפת סימנים                  |
|                              | תלמיד/הורה הזקוק לחומר הדרכה כתוב                      |
|                              | תלמיד/הורה הזקוק לחומר הדרכה עם פישוט לשוני            |
|                              | תלמיד הורה הזקוק לחומר ההדרכה בכתב ברייל               |

תאריך: \_\_\_\_\_

### אישור הסכמה לטיפול במרכז מ.ט.ר.ה

הריני לאשר כי בני/ביתי \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ יטופל במרכז מ.ט.ר.ה

שם הורה 1: \_\_\_\_\_ שם הורה 2: \_\_\_\_\_

חתימת הורה 1: \_\_\_\_\_ חתימת הורה 2: \_\_\_\_\_

• במקרים של הורים גרושים/ פרודים יש חובת חתימה של שני ההורים

### אישור הצהרת בריאות

הריני לאשר כי לבני / לביתי \_\_\_\_\_ אין / יש בעיות בריאות במידה ויש פרט וצרף אישור רפואי:

שם הורה 1: \_\_\_\_\_ שם הורה 2: \_\_\_\_\_

חתימת הורה 1: \_\_\_\_\_ חתימת הורה 2: \_\_\_\_\_

\*\*\* במקרה של טיפולי הידרותרפיה וספורט טיפולי יש צורך באישור רפואי שבו מצוין:

"אין מניעה לפעילות גופנית במים או מחוצה לה".

### אישור ויתור סודיות

הריני לאשר למטפל ליצור קשר עם גורם חינוכי / טיפולי / התפתחותי

לצורך קבלת/ נתינת מידע.

שם הורה 1: \_\_\_\_\_ שם הורה 2: \_\_\_\_\_

חתימת הורה 1: \_\_\_\_\_ חתימת הורה 2: \_\_\_\_\_

\* המידע שיועבר יהיה בשקיפות מלאה מול ההורים

מייל ליצירת קשר ולשליחת דואר פרסומי: \_\_\_\_\_

