ד"ר נועה נבות

פסיכיאטרית מומחית לילדים ונוער

# Heading 1

**טופס פנייה למרפאה.**

 **(כל הפרטים הינם לגבי הילד המופנה). תאריך הפנייה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| שם משפחה: | שם פרטי: |
| ת. לידה: | ת. זהות: | מין: |

**סיבת ההפניה:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **האם היו שנויים במצב המשפחתי (גירושין, פטירה או שינוי אחר)? אם כן - מתי?** |
|  |
|  |
| **האם המופנה היה בטיפול בעבר (מתי, אצל מי, וסיבות ההפניה)?**  |
|  |
|  |
| **האם סבל / סובל מבעיות התפתחויות?** |
|  |
|  |
| **האם סבל / סובל מבעיות גופניות – מחלות, ניתוחים?** |
|  |
| **האם מטופל תרופתית? באילו תרופות?** |
|  |
| **האם ידוע על רגישויות לתרופות / אלרגיות:** |
|  |
| **האם מישהו מאחים/יות היו בטיפול? כן / לא. אם כן – איפה?** |
|  |
|  |
| **מידע נוסף החשוב לדעתכם:** |
|  |
|  |

**הנכם מתבקשים לצרף דוחות מפורטים ומעודכנים מהגננת / מחנכת / יועץ ביה"ס / סיכומי טיפול קודמים ואבחונים שבוצעו בעבר.**

**הנני לאשר את הפרטים הרשומים:**

**חתימת האב:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימת האם:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**