ד"ר נועה נבות

פסיכיאטרית מומחית לילדים ונוער

# Heading 1

**טופס פרטים אישיים**

**שם הילד:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**ת.ז.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **כללי:** | **כתובת:** |  |
| **קופ"ח:** |  |
| **שם המרפאה:** |  |
| **שם הרופא המטפל.** |  |
| **מס' טלפון הרופא המטפל.** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **פרטי התקשרות:** | **מס' טלפון בבית.** |  |
| **מס' נייד הנער/ה:** |  |
| **אמא:** | **שם: נייד:** |
| **אבא:** | **שם: נייד:** |
| **דוא"ל:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **גורמים נוספים:** | **עובדת סוציאלית:** | **שם: נייד:** |
| **פקידת הסעד:** | **שם: נייד:** |
| **אחר:** | **שם: נייד:** |
| **אחר:** | **שם: נייד:** |

**תיאור מבנה המשפחה (כולל הילד/ה המופנה):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **שם:** | **שנת לידה:** | **תעסוקה / מקום לימודים:** | **מקום מגורים:** |
| **אב:** |  |  |  |  |
| **אם:** |  |  |  |  |
| **ילדים:** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |