

[illegible]



העמותה לניהול
תחנת העמקים

- שרות פסיכולוגי אזורי
- מועצה אזורית הגלבוע
- מועצה אזורית עמק המעיינות

2. רקע (אנא תארי/י בפירוט את מצבו הנוכחי של הילד/ה בתחומים הבאים)

התנהגותי:

רגשי:

לימודי:

חברתי:

3. סיבת הפנייה (אנא תארי בפירוט את סיבת הפנייה לאבחון. ניתן אף לפרט שאלות עליהן היית רוצה לקבל

תשובה בעזרת האבחון).



העמותה לניהול

תחנת העמקים

שרות פסיכולוגי אזורי

מועצה אזורית הגלבוע

• מועצה אזורית עמק המעיינות

4. האם נערך לילד אבחון פסיכולוגי או פסיכיאטרי בעבר כן / לא (הקף בעיגול)

5. אם כן מתי? היכן?

ואיזה סוג אבחון: (אישיות מלא, אינטליגנציה, ליקויי למידה

וכו').

6. למי מיועדות להימסר תוצאות האבחון?

הורים; מערכת החינוך; מוסדות רווחה; בית-משפט; גורמים רפואיים או מטפלים אחרים:

7. אנא תארו אתגרים מיוחדים עימם התמודד/ה הילד/ה בעבר, בתחומים הבאים:

התפתחות גופנית, התפתחות רגשית, התנהגות, התחום הרגשי, התחום החברתי.

אנא פרטי

8. הערות נוספות



העמותה לניהול

תחנת העמקים

שרות פסיכולוגי אזורי

מועצה אזורית הגלבוע

מועצה אזורית עמק המעיינות

9. מידע נלווה

אנא צרף/י במידת האפשר ובמידת הצורך את המידע הבא:

א. תאור מצב של הגורם החינוכי המרכזי (גננת, מחנך, יועץ) שיכלול רמת התפקוד ההתפתחותי, תפקוד לימודי או קוגניטיבי, תפקוד התנהגותי, יחסים חברתיים ובין-אישיים, מצבים רגשיים מיוחדים, וכל מידע חשוב נוסף לדעת הגורם החינוכי.

ב. מידע רפואי (אם ישנן בעיות רפואיות מיוחדות).

ג. סכומי אבחונים קודמים (אם יש): התפתחותיים, דידקטיים; פסיכולוגיים, פסיכיאטריים.

תפקיד ממלא הטופס -

**** שם וחתימת ממלא הטופס -**

חתימה

שם

שם האב

חתימה

שם האם

חתימה

* (חתימה על טופס זה כמזה כהסכמת החותם לביצוע האבחון).

** כאשר ההורים גרושים, פרודים או חיים בנפרד, על שניהם לחתום בטופס זה.

תאריך: _____



העמותה לניהול

תחנת העמקים

שרות פסיכולוגי אזורי

מועצה אזורית הגלבוע

מועצה אזורית עמק המעינות

הסכמה לאבחון לווייתור על סודיות רפואית / טיפולית

אני: _____ מאשר/ים בזה "לתחנת העמקים" – השירות הפסיכולוגי
(לגבי קטין- שמות ההורים)

להעביר אבחון מסוג: _____ ל _____ (שם המאובחן)

בנוסף, אנחנו מאשרים למסור אינפורמציה רלוונטית (אבחון, הערכה, סיכום טיפול וכד')

אודות: _____
(שם פרטי ומשפחה) _____
(כתובת מגורים)

לידי: _____
(שם פרטי ומשפחה/ שם מוסד) _____
(תפקיד) _____
(מס' טלפון)

(כתובת מלאה)

אני משחרר/ת בזה את המטפל/ת מחובת שמירה על סודיות רפואית שחלה עליו על פי כל דין או
אתיקה מקצועית כלפי גורם זה ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת
מידע כאמור.

אב: _____ אם: _____

ת.ז. _____ ת.ז. _____

חתימה: _____ חתימה: _____