

להורים שלום,

ההפניה למכון להתפתחות הילד נעשית על פי שיקול דעת מקצועי של הרופא/ה המטפל/ת. באם הרופא/ה המטפל/ת מחליט/ה כי יש להפנות למכון זה, הוא/היא יעניק/תעניק להורים הפנייה רפואית ייעודית לכך. בצירוף ההפניה הרפואית, יש למלא את ערכת הטפסים הבאה:

• שאלון הורים

• שאלון גנן/ת או שאלון מורה, בהתאם למסגרת החינוכית בה שוהה הילד/ה.

את השאלונים יש למלא במלואם. במידה ויש ברשותך מסמכים כדוגמת תוצאות, אבחונים ובדיקות יש לצרפם.

לא תתקבל פניה למכון ללא מילוי מלא של כל השאלונים.

את הטפסים המלאים כולל הפנית הרופא יש לשלוח בפקס, בדוא"ל או בדואר כמפורט בטבלה מטה, או להעביר פיזית למרכז הרפואי הקרוב למקום מגוריכם. מזכירות המכון תיצור אתכם קשר לקביעת זימון לאבחון בטווח של עד שבועיים מקבלת הערכה המלאה. במהלך האבחון מתבצע תשאול לגבי בעיותיו ההתפתחותיות של הילד/ה. לשיקול דעתם של ההורים אם הילד/ה יהיה/תהיה נוכח/ת במעמד זה. לשמירה על רצף הטיפול, מומלץ להמשיך את הטיפול במכון שבו התבצע האבחון.

הסכמה לשליחת סיכומי אבחון / טיפול בהתפתחות הילד בדואר רגיל או דוא"ל

אני הח"מ מאשר/ת ומסכים/ה בזאת כדלהלן:

נמסר לי שככלל, "מכבי שירותי בריאות" נוהגת לשלוח מסמכים הכוללים מידע רפואי בדואר רשום בלבד.

יחד עם זאת, אני מאפשר/ת ל"מכבי שירותי בריאות" להעביר אלי את החומר הרפואי באחת מן האפשרויות הבאות:

משלוח בדואר אלקטרוני, לכתובת _____

משלוח בדואר רגיל, לכתובת _____

צפיה במסמכים באתר לבעלי סיסמא למכבי Online, בכתובת online.maccabi4u.co.il

כל זאת בכפוף לקבלת הסכמתי המפורשת, תוך ידיעה שהסיכום כולל מידע רפואי אודות ילדי. ידוע לי, כי משלוח בדואר רגיל אינו ניתן למעקב כמו משלוח בדואר רשום, וכי בהגעת הסיכום לכתובת המגורים שלי, קיים סיכון שהנ"ל יימסר למישהו אחר חוץ ממני, ולא באופן אישי לידי, על כל המשתמע מכך. בהתאם לכך, אני פוטר/ת את מכבי מכל אחריות בקשר לאי-הגעת הסיכום לידי או לעיון בו על-ידי מי שאינו מורשה לכך על-ידי. ולראיה באתי על החתום:

ת.ז. (9 ספרות) _____

שם הילד/ה _____

תאריך מילוי השאלון _____

חתימת ההורים

הקלדת שם מלא וסימון וי יחשבו כחתימה.

הורה 2 _____

הורה 1 _____

לתשומת לבך!



גם במקרה של הורים נשואים וגם במקרה של הורים גרושים - חובה על 2 ההורים לחתום גם יחד.

בחירת מכון

מומלץ לבחור את המכון הקרוב ביותר למקום המגורים. המכון הנבחר ילווה את ילדכם משלב האבחון ועד לקביעת הטיפול.

- אור יהודה | מכבי אור יהודה** אופירה 1
טלפון: 03-5771313, פקס: 073-2132139
bnebrak_ch@mac.org.il
- אילת | מכבי אילת** שד התמרים 39
טלפון: 08-6364848, פקס: 073-2132773
eilat_office@mac.org.il
- אלעד | מכבי אלעד מזרח** רבי יהודה הנשיא 94
טלפון: 03-5771313, פקס: 073-2132139
bnebrak_ch@mac.org.il
- אשדוד | מכבי אשדוד ז** רשב"י 15
טלפון: 08-8688132, פקס: 073-2284713
ashdodz_child@mac.org.il
- אשקלון | מכבי אשקלון** הגבורה 3
טלפון: 08-6747703, פקס: 073-2284748
ashkelon_child@mac.org.il
- באר שבע | מכבי מרכז רפואי נגב** התקוה 4
טלפון: 08-6267255, פקס: 073-2132489
b7_child@mac.org.il
- בית שמש | מרכז מכונים בית שמש** נחל דולב 19
טלפון: 02-5061999, פקס: 073-2284425
bshem_kds@mac.org.il
- בני ברק | מכבי בני ברק** רבי עקיבא 86
טלפון: 03-5771313, פקס: 073-2132139
bnebrak_ch@mac.org.il
- זכרון יעקב | מכבי זכרון יעקב** הרצל 48
טלפון: 04-6398262, פקס: 073-2284321
zichron_yakov@mac.org.il
- חולון | מכבי חולון צאלים** צאלים 9
טלפון: 03-5085666, פקס: 073-2284423
zelim_kds@mac.org.il
- חיפה | מכבי גרנד קניון** גולן שמחה 54
טלפון: 04-8796920, פקס: 073-2284336
ckpost-child@mac.org.il
- יקנעם | מכבי יקנעם** שד יצחק רבין 9, יקנעם עילית
טלפון: 04-9936100, פקס: 073-2284319
yokneam-hithayeled@mac.org.il
- ירושלים | מכבי ירושלים** אגריפס 42
טלפון: 02-6461900, פקס: 073-2132204
roter_kds@mac.org.il
- ירושלים | מכבי מזרח ירושלים** אל-אספהאני 8
טלפון: 02-6281255, פקס: 076-8893319
estjrlm-kds@mac.org.il
- כרמיאל | מכבי כרמיאל** השושנים 128
טלפון: 04-9027222, פקס: 073-2132747
carmiel-misrad@mac.org.il
- מודיעין | מכבי מודיעין עילית** אבני נזר 46
טלפון: 08-9141800, פקס: 073-2284427
modine_kds@mac.org.il
- מודיעין-מכבים-רעות | המרכז לבריאות הילד מודיעין**
עמק דותן 53, טלפון: 08-9735666, פקס: 073-2284426
modin_kds@mac.org.il
- נהריה | מכבי נהריה** אחד העם 8
טלפון: 04-9878400, פקס: 073-2284309
naharia_misrad@mac.org.il
- נצרת עילית | מכבי נוף הגליל** מעלה יצחק 14
טלפון: 04-6508888, פקס: 073-2284310
nazaret_child@mac.org.il
- נתיבות | מכבי נתיבות** ד"ר סמלו יוסף 10
טלפון: 08-6867960, פקס: 076-8893813
netivotm_yeled@mac.org.il
- נתניה | מכבי נתניה מרכז** שד בנימין 21
טלפון: 09-8924260, פקס: 073-2132093
sharon_nt_yeled@mac.org.il
- כפר סבא | מכבי כפר סבא** רפפורט 3
טלפון: 09-7478130, פקס: 073-2132096
sharon_yeled@mac.org.il
- פתח תקוה | מכבי פתח תקוה** העצמאות 65
טלפון: 03-9392630, פקס: 073-2132090
sharon_pt_yeled@mac.org.il
- קרית מוצקין | מכבי קרית מוצקין** שד בן גוריון 80/א
טלפון: 04-8781555, פקס: 076-8893515
hit_chiled_mzknn@mac.org.il
- ראשון לציון | מכבי מרכז המכונים** לישנסקי יוסף 1
טלפון: 03-9634777, פקס: 073-2284407
machon-kds@mac.org.il
- צפת | מכבי מרכז רפואי צפת** הגדוד השלישי 39
טלפון: 04-8473222, פקס: 073-2284345
zefat@mac.org.il
- רחובות | מכבי מרכז המכונים רחובות** שושן אריה 1
טלפון: 08-6866716, פקס: 073-2132483
e_r_chailde@mac.org.il
- שפרעם | מרכז רפואי שפרעם** כמאל ג'ונבלאט
טלפון: 04-9865707, פקס: 073-2284316
zfn_shraam@mac.org.il
- תל אביב | מכבי השלום (גם לתושבי אילת)** יגאל אלון 96
טלפון: 03-7614060, פקס: 03-7178291
hashalomch@mac.org.il
- תל אביב | מכבי יפו** התקומה 36
טלפון: 03-5122122, פקס: 03-2284262
hashalomch@mac.org.il

כללי

הבקשה מורכבת מ-2 שאלונים. שאלון למילוי על-ידי ההורה ושאלון למילוי על-ידי הגורם החינוכי. יש להכין מראש טופס הפניה מהרופא ואת המסמכים הרלוונטיים ולצרפם לבקשה. לתשומת לבך, יש למלא את השאלונים בכתב ברור ובעט שחור בלבד.

תאריך מילוי השאלון _____ שם ממלא/ת השאלון _____ גורם מפנה _____
 סיבת הפניה למכון _____

פרטי הילד

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מין זכר נקבה
 ת.ז. (9 ספרות) _____ תאריך לידה _____ ארץ לידה _____

מסגרת חינוכית גן / מעון בית ספר בבית עם הורה בבית עם מטפלת אחר

פרטי המשפחה

מצב משפחתי נשוי/אה חד-הורית גרושה אחר

כתובת _____ דואר אלקטרוני _____

פרטי הורה 1

שם _____ שנת לידה _____ ת.ז. (9 ספרות) _____ ארץ לידה _____
 שנת לידה _____ שנת עליה (לא חובה) _____ מספר שנות לימוד _____
 עיסוק _____ טלפון נייד _____ טלפון נוסף (לא חובה) _____

מידע נוסף שברצונך להוסיף (לא חובה) _____
 בעיות התפתחותיות אצלך בעבר ו/או בריאותיות בהווה (ליקויי למידה, קשיי קשב, בעיות בריאות) _____

פרטי הורה 2

שם _____	ת.ז (9 ספרות) _____	ארץ לידה _____
שנת לידה _____	שנת עליה (לא חובה) _____	מספר שנות לימוד _____
עיסוק _____	טלפון נייד _____	טלפון נוסף (לא חובה) _____
מידע נוסף שברצונך להוסיף (לא חובה) _____		
בעיות התפתחותיות אצלך בעבר ו/או בריאותיות בהווה (ליקויי למידה, קשיי קשב, בעיות בריאות) _____		

איש קשר לקביעת תורים הורה 1 הורה 2 אחר

שם _____ טלפון נייד _____

האם קיימת קרבת דם בין ההורים? כן לא

האם הנכם דוברי עברית? כן לא

האם ילדך/תך חשוף/ה לשפות אחרות? כן לא

אם כן, יש לפרט _____

אם לא, יש לפרט _____

אם כן, יש לפרט _____

פרטי ילדים נוספים במשפחה

שם _____	מין _____	שנת לידה _____	בעיות בריאותיות והתפתחותיות _____
שם _____	מין _____	שנת לידה _____	בעיות בריאותיות והתפתחותיות _____
שם _____	מין _____	שנת לידה _____	בעיות בריאותיות והתפתחותיות _____
שם _____	מין _____	שנת לידה _____	בעיות בריאותיות והתפתחותיות _____
שם _____	מין _____	שנת לידה _____	בעיות בריאותיות והתפתחותיות _____

יש לפרט אם נערכה בדיקה במכון להתפתחות הילד או נערך אבחון על ידי מרפאה בעיסוק _____

מידע התפתחותי

אם התרשמת שילדך מתקשה באחד התחומים, יש לפרט את הקושי בהערה. אם התחום אינו רלוונטי עבור ילדך, ניתן לסמן 'לא רלוונטי'.

יכולות מוטוריות בסיסיות

זחילה, הליכה, ריצה.

- בהתאם לגיל
 קושי קל
 קושי משמעותי
 לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

מוטוריקה גסה / תנועה במרחב

שימוש במתקני חצר, משחקי כדור, פעילות גופנית ועוד.

- בהתאם לגיל
 קושי קל
 קושי משמעותי
 לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

פעילות בידיים / מוטוריקה עדינה

ציור, כתיבה, גזירה, העתקת צורות, עבודות יצירה, משחקי הרכבה ועוד.

- בהתאם לגיל
 קושי קל
 קושי משמעותי
 לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

רגישות גבוהה מדי לגירויים חושיים

מגע, שמיעה, ריח, טעם, ראייה, תנועה.

- בהתאם לגיל
 קושי קל
 קושי משמעותי
 לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

רגישות נמוכה מדי לגירויים חושיים

חוסר תשומת לב, תגובות מועטות לגירויי מגע / כאב / טמפרטורה / שמיעה / ריח / טעם.

- בהתאם לגיל
 קושי קל
 קושי משמעותי
 לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

יכולות של קשב וריכוז

התמדה בפעילות / ללא הסחת דעת בזמן משחק, בשעת ריכוז, בפעילות לימודית.

- בהתאם לגיל
 קושי קל
 קושי משמעותי
 לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

היפראקטיביות / אימפולסיביות

תנועתיות מותאמת לגיל, המתנה בסבלנות לתור, מחשבה לפני פעולה.

- בהתאם לגיל
 קושי קל
 קושי משמעותי
 לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

התארגנות

התארגנות בזמן למטלות ופעילויות ו/או התארגנות עם חפצים/מטלות, ו/או התארגנות עם רצף פעולות באופן עצמאי.

בהתאם לגיל
 קושי קל
 קושי משמעותי
 לא רלוונטי

מידע נוסף שברצונך להוסיף (לא חובה)

יזומה / מוטיבציה

העלאת רעיונות למשחקים חדשים, גיוון בסוגי המשחקים, גילוי סקרנות ועניין בסביבה.

בהתאם לגיל
 קושי קל
 קושי משמעותי
 לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

שפה

הבנת הנאמר, אוצר מילים מתאים, הצלחה בביטוי עצמי.

בהתאם לגיל
 קושי קל
 קושי משמעותי
 לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

דיבור

הגוי תקין, דיבור שוטף.

בהתאם לגיל
 קושי קל
 קושי משמעותי
 לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

תקשורת

יצירת קשר עין, תגובה לילדים/מבוגרים בהתאם לסיטואציה.

בהתאם לגיל
 קושי קל
 קושי משמעותי
 לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

יכולת למידה

זכירת חומר חדש, שליטה במושגי יסוד כגון צבע, צורות.

בהתאם לגיל
 קושי קל
 קושי משמעותי
 לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

התנהגות

הסתגלות למצב חדש, קשיי משמעת, התפרצויות זעם, תוקפנות ועוד.

בהתאם לגיל
 קושי קל
 קושי משמעותי
 לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

מצב רגשי

ביטחון עצמי, סימני חרדה, קשיי פרידה, מופנמות, ביישנות, סף תסכול גבוה.

בהתאם לגיל
 קושי קל
 קושי משמעותי
 לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

שליטה על צרכים

בהתאם לגיל
 קושי קל
 קושי משמעותי
 לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

לא
 כן

האם היו/ישנם קשיים במסגרת הגנית/בית-ספרית?

אם כן, יש לפרט

לא
 כן

האם נערכה אבחנה או בדיקה בעבר עקב קשיים התפתחותיים?

אם כן, יש לפרט את האבחונים שבוצעו, מתי והיכן

לא
 פסיכולוגית
 עובד/ת סוציאלית/

האם ניתנים טיפולים אחרים?

פיזיותרפיסט/ית
 מרפא/ת בעיסוק
 קלינאית/ת תקשורת
 גנן/ת שי"ח
 אחר

באיזה תחום הקושי הוא הרב ביותר ובו הייתם רוצים עזרה עבור הילד?

מידע נוסף שברצונך להוסיף (לא חובה)

מידע רפואי

יש למלא את כל הפרטים ולחתום בסוף הטופס.

לא
 כן

מהלך הריון ולידה תקינים

אם לא, יש לפרט

לא
 כן

בעיות רפואיות

אם כן, יש לפרט

6 מתוך 6

לא כן

קבלת תרופות באופן קבוע

אם כן, יש לפרט _____

לא כן

האם נערכו בדיקות ראייה?

אם כן, יש לפרט את תוצאות הבדיקה. ניתן לצרף את התוצאות בהמשך. _____

לא כן

האם נערכו בדיקות שמיעה?

אם כן, יש לפרט את תוצאות הבדיקה. ניתן לצרף את התוצאות בהמשך. _____

בהתאם להנחיות משרד הבריאות

הטיפולים כרוכים בתשלום השתתפות עצמית מעל גיל 3 שנים.

חתימת ההורים

הקלדת שם מלא וסימון וי יחשבו כחתימה.

תאריך

הורה 2

הורה 1