

תאריך: _____

טופס פנייה לקראת אבחון – שאלון להורים

פרטים אישיים

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת.ז. _____ מין: _____
 ת.לידה: _____ ארץ לידה: _____ כתובת: _____
 בית ספר / גן: _____ כיתה: _____
 שם האב: _____ שם האם: _____ מצב משפחתי (הורים): _____
 מספרי טלפון הורים: _____

סיבת הפניה

יוזם הפניה את הפנייה: _____
 סיבת הפניה:

 כמה זמן קיימת הבעיה?

 האם הילד/ה עבר/ה אבחון פסיכולוגי, או אחר?

 מה היו המלצות האבחון?

 האם הילד/ה דיבר/ה על מצוקות, חששות, חרדות, פחדים?

 האם הילד/ה הביע/ה רצון או נכונות להתייעץ עם איש מקצוע?

 האם הילד/ה היה/הייתה בטיפול פרה-רפואי כגון ריפוי בעיסוק, קלינאית תקשורת, פיזיותרפיה או אחר?

האם הילד/ה ביקר/ה בגן ילדים?

האם נשאר/ה שנה נוספת בגן חובה? מה הייתה הסיבה לכך?

האם פניתם בעבר לאגף לשירותים חברתיים?

מהלך הלימודים בבית"ס

כיתות	בית ספר	יישוב

האם נשאר/ה כיתה? _____

באיזו כיתה? _____

מדוע? _____

באופן כללי, להערכתם, איך אתם מתארים את התפקוד של ילדכם?

תחומי התפקוד	מצוין	טוב	מתקשה	מתקשה מאוד
בלימודים				
במשפחה				
בחברה				

הערות:

פרטים על משפחת הילד/ה:

שם	גיל	עיסוק	הערות
אם			
אב			
אחים			

מה מצב בריאותו הכללי של ילדכם?

האם הילד/ה סובל/ת או סבל/ה בעבר ממחלה?

האם הילד/ה היה/הייתה מאושפז/ת בבית חולים? באיזה גיל? _____ לכמה זמן?

_____ מאיזו סיבה?

_____ האם נוטל/ת תרופות באופן קבוע?

רקע התפתחותי:

האם ההיריון היה מתוכנן? כן / לא

האם ההיריון היה תקין? כן / לא פרט:

האם הלידה הייתה תקינה? כן / לא פרט:

_____ משקל הלידה:

האם הופיעו בעיות רפואיות לאחר הלידה?

האם האם סבלה מבעיות רפואיות לאחר הלידה?

האם ההתפתחות המוטורית הייתה תקינה?

מתי התחילה/ה ללכת?

האם ההתפתחות השפתית הייתה תקינה?

מתי דיברה/ה לראשונה?

האם היו קשיי שינה?

האם היו קשיי אכילה?

באיזה גיל נגמלה/ה מטיטולים?

הילד/ה היום:

האם יש כיום בעיות סביב אוכל / שינה / פחדי לילה / חרדות אחרות / אחר?

אם כן, פרט:

במסגרת הבית:

האם הילד/ה חסר/ת מנוחה, נמצא/ת בפעילות יתר?

מתרגש/ת בקלות, פזיז/ה?

מפריעה/ה לאחרים?

האם מתקשה להתמיד ולסיים משימות?

האם זקוק/ה לתשומת לב רבה במיוחד?

תלותי/ת / עצמאי/ת

אחר:

תפקוד חברתי:

האם יש לילדך/תך חברים?

האם הוא/היא מאוד חברותי/ת או שיש לו/לה מספר חברים מועט?

האם יש לו/לה קשרים חברתיים קרובים ומשמעותיים?

האם יש לו/לה קשרים עם בני המין השני?

האם יש לו/לה בעיות חברתיות? _____

פרט/י: _____

תאריך: _____ חתימת ההורים: _____

אנו רואים חשיבות רבה בשמירה על פרטיותכם ופרטיות ילדיכם. המידע הנמסר בסביבת השפ"ח ו/או בטפסים הזמינים באתר זה יישמר במאגרי המועצה ויעשה בו שימוש רק לצורך טיפול בבקשה ולצרכים חינוכיים או מנהליים הקשורים אליה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות. במקרים שבהם נמסר מידע רגיש (כגון מידע רפואי, רגשי או משפחתי), הוא נשמר ומעובד באמצעי אבטחה מחמירים ובהרשאות גישה מוגבלות בלבד. באפשרותכם לעיין במידע, לבקש לתקנו או למחוק אותו בהתאם לחוק.