

טופס פניה למרפאה להפרעות אכילה לטיפול במבוגרים

תודה על פנייתכם,
על מנת להקל ולזרז את הטיפול בכם, רצוי מאוד לצרף לטופס ההפניה
למרפאה (המצ"ב) את המסמכים הבאים:

1. סיכומים רפואיים/ אבחונים/ סיכומי טיפול/ סיכומי אשפוז
2. מכתב הפניה מהגורם המפנה, במידה וקיים (לא חובה)

מספר נקודות חשובות לקראת הטיפול:

• במידה שיש סיכון של המופנה לטיפול, לעצמו או לאחרים בהווה – חשוב מאוד
ליידע את צוות המרפאה בעת הפנייה .

את הטופס המלא והמסמכים הנלווים, יש להחזיר למרפאה למייל:

office@fym-clinic.co.il

או להביאם איתכם לפגישה הראשונה במרפאה.

בברכה,
צוות המרפאה

פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז. (9 ספרות)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
מין	תאריך לידה	מצב משפחתי
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="text"/>	<input type="text"/>
כתובת	טלפון נייד	טלפון נוסף
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
גובה	משקל	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

הרקע לפניה למרפאה

רופא משפחה רווחה עצמי אחר:

מטרת הפניה?

סיבת הפניה?



האם היית בעבר בטיפול כלשהו? אם כן, יש לפרט בטבלה הבאה:

מקום הטיפול	שנת הטיפול	סוג הטיפול (פסיכולוגי, פסיכיאטרי, אחר)

האם את/ה נוטל/ת טיפול תרופתי כלשהו?

לא
 כן
 אחר:

האם את/ה משתמש/ת בסמים / אלכוהול?

לא
 כן
 אחר:

האם יש מידע חשוב נוסף שברצונכם לצרף לפניה?

אני החתום מטה, מאשר כי הפרטים דלעיל נכונים (הקלדת שם מלא וסימון ייחשבו כחתימה):

שם מלא

תאריך

