

טופס פניה למרפאה להפרעות אכילה לטיפול בילדים, נוער ומתבגרים

תודה על פנייתכם,
על מנת להקל ולזרז את הטיפול בילדכם, 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)
3. דו"ח עדכני מבית הספר (במידה ורלוונטי)

מספר נקודות חשובות לקראת הטיפול:

- * טיפול בקטין מחייב הסכמת הוריו. במידה וההורים אינם נשואים, נדרשת הסכמת שני ההורים.
- * נוכחות ההורים בפגישה ההערכה הראשונית (האינטייק) ובפגישות הפסיכיאטריות, מחייבת.
- * ככלל, נדרש מלווה בוגר לקטין בביקוריו במרפאה.

את הטופס המלא והמסמכים הנלווים, יש להחזיר למרפאה למייל:

office@fym-clinic.co.il

או להביאם איתכם לפגישה הראשונה במרפאה.

בברכה,
צוות המרפאה

טופס הפניה למרפאה - ימולא ע"י ההורים

שם הילד/ה (פרטי ומשפחה)		ת.ז. (9 ספרות)		מין
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה
תאריך לידה	גיל	גובה	משקל	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
שם אם	טלפון אם	שם אב	טלפון אב	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
טלפון נוסף	מסגרת חינוכית נוכחית	לומד/ת בכיתה	שם מורה/יועצת בי"ס	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
כתובת מגורי הילד/ה (רחוב ומספר בית)	יישוב	מיקוד		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

סיבת הפניה למרפאה

הגורם המפנה

נא לפרט ככל האפשר, כולל תולדות הבעיה, רמת הדחיפות, מתי הופיעה הבעיה, מדוע הוחלט להפנות עכשיו, ובאיזה סוג טיפול אתם מעוניינים?

האם קיימת התנהגות עם סיכון כלשהו לעצמו/ה או לאחרים?

בעיות רפואיות / גופניות? (מחלות, חבלות, תאונות, מוגבלות, אשפוזים, טיפול תרופתי/רגישות לתרופות
ראייה ושמיעה)

התערבויות טיפוליות קודמות? (האם היה/היתה מטופל/ת בעבר/בהווה, שם המטפל, מקום, תאריך,
האם טופל/ה במסגרת התפתחות הילד או בריאות הנפש)

קשר עם שירותים? פרטי/ (שירותי רווחה, שפ"ח - שירות פסיכולוגי חינוכי, ביטוח לאומי, שירות מבחן,
בית משפט, טיפולים בבריאות הנפש או אחר) יש לציין שם איש קשר ומספר טלפון.

תפקודו הכללי של הילד/ה? (במישור המשפחתי, לימודי, התנהגותי וחברתי)

התפתחות: האם היו קשיים התפתחותיים? (כולל בעיות במהלך ההריון והלידה, התפתחות מוטורית גסה, עדינה ושפתית, לקויות למידה, הפרעות תקשורת)

האם היו קשיים בתחומים נוספים? (אכילה ומשקל, שינה, רגישות תחושתית, תקשורת, חינוך לגמילה, פחדים, קשיים בפרידות, קשיים במעברים, קשיים בריכוז או אחר)

משפחה

מצב משפחתי	תעסוקה	ארץ לידה/ עליה	שנת לידה	שם	
					אב
					אם

גיל	שם	
		אח/ות
		אח/ות
		אח/ות
		אח/ות
		אח/ות
		אח/ות

תורשה פסיכיאטרית בכלל והפרעות אכילה בפרט בקרב בני המשפחה, וכן האם סובלים מבעיות רפואיות / רגישויות (משפחה מורחבת)

האם יש מידע חשוב נוסף שברצונכם לצרף לפניה?

אני/אנו החתום/חתומים מטה, מאשר/ים כי הפרטים דלעיל נכונים וכי אני/אנו מביע/ים הסכמתי/נו לטיפול בבננו/בתנו: (במידה וההורים אינם נשואים, נדרשת חתימה של שני ההורים)

שם מלא של האב

ת.ז. אב

תאריך

חתימה

שם מלא של האם

ת.ז. אם

תאריך

חתימה