



טופס פניה לטיפול

שם משפחה של ראש משפחה: _____ שם פרטי של ראש המשפחה _____

ת"ז _____ שם האב: _____ ת. לידה: _____ עיסוק: _____

מצב משפחתי: _____ שנת לידה: _____ ארץ לידה: _____ מחנה _____

תאריך עליה _____

שם ראש המשפחה ב/בת זוג: _____ ת"ז _____ ת. לידה: _____ עיסוק: _____

שם אב: _____ מצב משפחתי: _____ שנת לידה: _____ ארץ לידה: _____

תאריך עליה: _____ כמובן: _____ עלי כנסת: _____

שמות הילדים במשפחה (כולל הילד שבגלל מוצים לטיפול)

שם הילד	ת"ז	ת. לידה	מסגרת/עיסוק

מי הפנה?

האם בעבר טופלת/ם ניפול פסיכולוגי, פסיכיאטרי, וכ"י _____
 היכן, מתי, כמה זמן (לפרט כל הטיפולים) _____

מזכ"ת/ת בלשפת הרחוקה: כן/לא

מסוכן בגללה אם פרטים לטיפול: _____

מועד נח לטיפול (ימים ושעות): _____

אני מתחייב לשלם את התשלום שנקבע עבורי לכל פגישה.

הערות בקשות: _____

אנו מצקשים להקפיד ולמלא את כל הפרטים הנדרשים בטופס (מספרי ת"ז של כל בני המשפחה, שם אב, תאריך לידה, עליה, ארץ לידה וכ"י).
 מילוי חסר של טופס הפניה יעב את זימון התור לטיפול.

תאריך: _____ תחילת הפניה: _____

אביעוד
 אגף ספיק
 חדרת
 אורח
 אשתאול
 צמח זית
 בית מאיר
 בית נקומה
 בקוע
 בר גורא
 גבעת יעריים
 גבעת ישיעהו
 גיד
 נפו
 הרמל
 ובריה
 זנוח
 על שחר
 יר הששונה
 יעקע
 כסלו
 כפר חרדיה
 לוחית
 לאור-שירגים
 מבוא בית
 מוצא עילית
 מחסיה
 מטע
 מטיילת ציר
 מכללה החמישה
 נוה אילן
 נוה מיכאל (נווליה)
 נוה שלום
 נחישיה
 נחם
 נחשון
 נטרף
 נים הרים
 נוהי ה"יה
 עגור
 עין קובנה
 עין חמה
 עשיבה
 צובה
 צור הדיסה
 צלפון
 צפתים
 צדעה
 קריית ענבים
 רמת דודאל
 רמת דתל
 שדות-בימה
 שאבה
 שורש
 תירוש
 תענז
 תרומ

קריית חניך:
 אבו חגור
 הר-טוב (צפת)
 עין כרם

אזור תעשייה:
 נים (תר טוב)
 שרינים-ליאון