

המרכז הקהילתי לבריאות הנפש בית שמש

תאריך: _____

שם _____ מ.ז. _____

1. סיבת הפנייה (אנא, פרט ככל הניתן)

2. מי הגורם המפנה? _____

3. האם טופלת בעבר? כן / לא

אם כן, כמה זמן ערך הטיפול? _____
היכן טופלת? _____

האם הטיפול עזר כן / לא אם כן, מה היה הטיפול שעזר לך? _____

מה השתנה בעקבות הטיפול? _____

4. האם אושפזת בעבר? כן / לא אם כן, מדוע הוחלט על אשפוז? _____

היכן אושפזת לאחרונה? _____
כמה זמן ערך האשפוז? _____
מה הייתה האבחנה? _____

5. האם את/ה מוכר/ת בביטוח הלאומי? כן / לא

אם כן כמה אחוזי נכות? נפשית: _____ גופנית: _____

האם את/ה מקבל קצבה של הביטוח הלאומי כן / לא

האם את/ה מקבל שירותי "סל שיקום" כן/לא

אם כן, אילו שירותים? _____

6. האם אתה בתהליך של תביעת חברת ביטוח? כן/לא

אם כן, פרטי במה המדובר _____

המרכז הקהילתי לבריאות הנפש בית שמש

7. האם ישנם חובות כספיים או תביעות כספיות שקשורות לפנייתך אלינו כן/לא
אם כן פרטי: _____

8. האם את/ה מעורב/ת במשפט פלילי כן/לא
אם כן, מתי הדיון הבא? _____
באיזו אשמה? _____

9. האם יש שימוש בסמים? כן/לא
האם יש לך התמכרות כלשהיא כן/לא
אם כן, איזו (סמים, / אלכוהול/ עבודה / מין/ אחר) _____

10. האם חווית אלימות בעבר לאחרונה? (נפשית/ כלכלית/ פיזית/ מינית) כן/לא

11. האם היו מחשבות או פעולות של פגיעה עצמית / אובדנות? כן/לא

12. האם חווית אובדן טרגי של אדם קרוב (הורה, אח, בן-זוג, ילד) כן/לא

13. מה את/ה מצפה לקבל אצלנו בטיפול? _____

_____ הערות / הארות

תודה על שיתוף הפעולה