

- אישי סודי -

מסמך זה, הכולל מידע רפואי אישי  
וסודי, מוגן ע"י חוק הגנת הפרטיות  
והמוסרו שלא כדין עובר עבירה

### שאלון קליטה

פונים נכבדים,

בשאלון המצורף אנו מעוניינים בפרטים אודות הילד/ה שעבורו/ה אתם מבקשים עזרה, וכן אודות המשפחה בכללותה. מידע זה חשוב לנו כדי לתכנן עבורכם את המענה הטוב ביותר.

המידע שיימסר על ידכם בשאלון זה, כמו גם בהמשך הקשר שלכם עם המרפאה, הינו חסוי.

מילוי השאלון יארך כחצי שעה. נודה לכם אם תמלאו אותו בכנות ובפירוט.

בברכה

צוות המרפאה.

---

---

---

- תאריך מילוי השאלון
- שם ממלא השאלון
- קרבה לילד/ה

חתימת האב

חתימת האם



פרטים כלליים

	שם משפחה של הילד/ה:
	שם פרטי של הילד/ה:
נ / ז	מין
	תאריך לידה
	ת.ז.
	ארץ לידה
	תאריך עליה
	דת
	שם גן / ביה"ס וכתה
חינוך רגיל / מיוחד/ משולב	מסגרת:
ממלכתי / ממ"ד / חרדי / ערבי/ אחר	זרם מסגרת החינוך:
	כתובת מגורים ושכונה:
	טלפון בבית:
	נייד אם:
	נייד אב:
	קופ"ח:
	רופא ילדים /משפחה:
	האם הילד/ נוטל תרופות באופן קבוע? ואם כן אילו:
כן / לא	האם המשפחה מוכרת בלשכת רווחה:
	איזו לשכה:
	שם העו"ס:

**פרוט הבעיה שבגללה אתם פונים לעזרה:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

ממתי החלה הבעיה? \_\_\_\_\_  
האם הילד מסכן את עצמו או אחרים? \_\_\_\_\_  
**הפניה:**

1. עצמית
2. חברים או קרובים
3. רופא ילדים /משפחה
4. גננת או מורה?
5. אחר \_\_\_\_\_

האם ניתן להצביע על גורם מסוים שבגללו התעוררה הבעיה? אם כן מהו?

---

---

---

מדוע בחרתם לפנות עכשיו? \_\_\_\_\_

---

האם שני ההורים מסכימים לפניה? אם לא מה סיבת אי ההסכמה?

---

---

האם לדעתכם הילד סובל מהבעיה? \_\_\_\_\_ האם הוא מבקש עזרה?

---

**פרטים אודות ההורים**

<b><u>אב</u></b>	<b><u>אם</u></b>	
		שם פרטי
		שם משפחה
		שם משפחה קודם
		תאריך לידה
		ארץ לידה
		שנת עליה
		שפת אם
		השכלה (מס' שנות למוד)
		מקצוע
		מקום עבודה
רווק/נשוי/פרוד/גרוש/ נשוי שנית/ אלמן תאריך נישואין תאריך גירושין תאריך נישואין נוכחיים	רווקה/נשואה/פרודה/גרושה/ נשואה שנית/ אלמנה תאריך נישואין תאריך גירושין תאריך נישואין נוכחיים	מצב משפחתי
		מספר אחים ואחיות
		מיקום בין האחים (בכור, שני...)
		דת
חילוני/ מסורתית/דתי/ חרדי/אחר	חילונית/מסורתית/דתית/ חרדית/ אחר	מידת דתיות
תקין/מחלה גופנית/ מחלה נפשית פרט :	תקין/מחלה גופנית/ מחלה נפשית פרטי :	מצב בריאותי
		אם נפטר/ה, מתי
		סיבת הפטירה

**פרטים אודות הורי האם**

<b><u>אב האם (הסבא)</u></b>	<b><u>אם האם (הסבתא)</u></b>	
		ארץ לידה
		שנת עליה
		מקצוע
		אם נפטר/ה, מתי?
		סיבת הפטירה

**פרטים אודות הורי האב**

<b><u>אב האב (הסבא)</u></b>	<b><u>אם האב (הסבתא)</u></b>	
		ארץ לידה
		שנת עליה
		מקצוע
		אם נפטרה/ה, מתי?
		סיבת הפטירה

**רקע משפחתי**

במידה שההורים אינם חיים יחד, עם מי חי הילד? \_\_\_\_\_  
ממתי? \_\_\_\_\_.

ציינו את כל ילדי המשפחה, כולל הילד המופנה, וילדים שאינם גרים בבית:

שם	תאריך לידה	ארץ לידה	גן/ביה"ס	מקום מגורים	מחלות

**אנשים נוספים הגרים עם המשפחה:**

שם	גיל	קירבה (הורים, ילדים, דיירים וכו')

• מצב כלכלי של המשפחה: מעל הממוצע / מממוצע / מתחת לממוצע

• מספר החדרים בדירה \_\_\_\_\_

- עם מי הילד/ה גר/ה בחדר? \_\_\_\_\_
- באילו מקומות גרתם מאז הולדת הילד/ה?  
\_\_\_\_\_

- תארו את היחסים בין ההורים  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### שינויים שחלו בחיי הילד/ה לאחרונה:

- מתח בין ההורים לבין הילד/ה. על מה? \_\_\_\_\_  
כמה זמן \_\_\_\_\_
- מתח בין ההורים. על מה? \_\_\_\_\_
- מחלה או שינוי במצב נפשי של אחד מבני המשפחה. של מי?  
\_\_\_\_\_

מה ארע? \_\_\_\_\_ מתי? \_\_\_\_\_

- שינוי במבנה המשפחה? איזה? \_\_\_\_\_ מתי? \_\_\_\_\_
- בעיה עם האחים. איזו? \_\_\_\_\_
- בעיה חברתית. איזו? \_\_\_\_\_
- בעיה בלימודים, או בגן. איזו? \_\_\_\_\_
- שינוי במסגרת הגן או בית הספר, פרטו \_\_\_\_\_
- שינוי בעבודת ההורים, פרטו \_\_\_\_\_
- מעבר דירה, פרטו \_\_\_\_\_

### תיאור הילד/ה

- תארו את התנהגות הילד/ה בבית (יחסים עם ההורים, האחים, נושא המשמעת, עזרה בבית וכד')  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- תארו את תפקודו של הילד/ה בגן או בביה"ס (השתלבות במסגרת, יחסיו עם הגננת או המורים, נושא המשמעת)  
\_\_\_\_\_

---

---

• תארו את מצבו החברתי של הילד (יחסיו עם חברים, מקומו בחברת הילדים)

---

---

• תארו את מצב רוחו הכללי של הילד

---

---

• כישרונות מיוחדים, תחביבים

---

---

---

### רקע רפואי של הילד ובני המשפחה

מחלות גופניות, תורשתיות, מחלות כרוניות פסיכיאטריות של בני המשפחה:

---

---

---

ציינו אם היו מחלות קשות או ממושכות, אשפוזים, ניתוחים או תאונות:

של הילד המופנה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

של הילדים האחרים \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

של ההורים \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

**האם הילד נבדק ביחידה להתפתחות הילד? אם כן, באיזו?**

פרטו באילו תחומים, והאם מקבל או קיבל טיפול באחד מהתחומים הבאים:

<input type="checkbox"/>	רופא התפתחותי: כן/לא
_____	אם כן, היכן _____ מתי _____
<input type="checkbox"/>	פיזיותרפיה: כן / לא
_____	אם כן, היכן _____ מתי _____
<input type="checkbox"/>	ריפוי בעיסוק: כן / לא
_____	אם כן, היכן _____ מתי _____
<input type="checkbox"/>	קלינאית תקשורת: כן / לא
_____	אם כן, היכן _____ מתי _____

_____	האם הילד נבדק בעבר על ידי פסיכולוג?	כן/לא
_____	האם הילד נבדק בעבר על ידי פסיכיאטר?	כן/לא
_____	האם הילד נבדק בעבר על ידי נוירולוג?	כן/לא
_____	האם בן משפחה אחר היה או נמצא ביעוץ או טיפול נפשי? כן/לא	כן/לא
_____	אם כן, מי _____	

במקרה והתשובה חיובית באחד או יותר מארבע סעיפים אלו אנא פרטו –  
מתי, על ידי מי ניתן הטיפול או הבדיקה, מה היו ההמלצות והאם הן יושמו.

---

---

---

---

**רקע התפתחותי**

- האם ההיריון היה מתוכנן? כן / לא
  - האם ההיריון היה רצוי? כן / לא
  - האם היו קשיים בכניסה להריון או בשמירה עליו? כן / לא
- אם כן פרטו

---



- האם הלידה הייתה רגילה ותקינה? כן / לא  
אם לא פרטו

---

- מה היה משקל התינוק/ת בלידה?  
האם הופיעו אצל האם בעיות רפואיות או אחרות בעקבות הלידה? כן / לא  
אם כן פרטו

---

- האם התינוק/ת ינק/ה? כן / לא  
אם כן, עד לאיזה גיל ומה הייתה סיבת ההפסקה?

---

אם לא, מדוע?

---

- האם היתה בעיה במעבר למזון מוצק? כן / לא?

---

- האם הייתה בעיית אכילה כלשהי? כן / לא  
אם כן, פרטו מה היתה הבעיה, באיזה גיל, כמה זמן נמשכה וכיצד נפתרה

---

- האם הייתה בעיית שינה? כן / לא  
אם כן, פרטו מה היתה הבעיה, באיזה גיל, כמה זמן נמשכה וכיצד נפתרה

---

- האם היו בעיות הקשורות להתפתחות המוטורית? כן / לא  
אם כן, פרטו מה היתה הבעיה, באיזה גיל, כמה זמן נמשכה וכיצד נפתרה

---

- באיזה גיל הילד/ה החל/ה ללכת?  
באיזה גיל החל/ה להשמיע מילים ראשונות?

---

- האם היו בעיות בדיבור? כן / לא  
אם כן, פרטו מה היתה הבעיה, באיזה גיל, כמה זמן נמשכה וכיצד נפתרה

---

- עד איזה גיל הילד/ה היה/היתה עם חיתול ביום?  
עד איזה גיל הילד/ה היה/היתה עם חיתול בלילה?

---

- האם הילד/ה חזר/ה להרטיב או ללכלך לאחר מכן? כן/לא  
אם כן, פרטו מה היתה הבעיה, באיזה גיל, כמה זמן נמשכה וכיצד נפתרה

---

---

• באיזה גיל הילד/ה הלך/ה לראשונה למטפלת/מעון/משפחתון/גן?

---

---

• האם היו קשיי פרידה? כן / לא  
אם כן, פרטו מה הייתה הבעיה, באיזה גיל, כמה זמן נמשכה וכיצד נפתרה

---

---

• האם היו בעיות התנהגות באחת המסגרות? כן / לא  
אם כן, פרטו מה הייתה הבעיה, באיזה גיל, כמה זמן נמשכה וכיצד נפתרה

---

---

• האם בגיל 2-3 לערך, היה לילד/ה חפץ כלשהו אליו הוא /היא היה/היתה קשור/ה במיוחד? (למשל, מוצץ מסוים, שמיכה, דובי) כן/ לא  
אם כן, פרטו באיזה גיל, למשך כמה זמן, מהו החפץ ומה היה השימוש בו

---

---

• האם היו בעיות חברתיות? כן / לא  
אם כן, פרטו מה הייתה הבעיה, באיזה גיל, כמה זמן נמשכה וכיצד נפתרה

---

---

• האם התעוררה שאלה לגבי הבשלות לכתה א? כן / לא  
אם כן, פרטו

---

---

• האם נערכה בדיקת בשלות? כן/לא  
אם כן, על ידי מי והיכן

---

---

מה היו ההמלצות?

---

---

מה הייתה ההחלטה הסופית?

• האם בביה"ס היו בעיות לימודיות? כן/לא  
אם כן, פרטו מה הייתה הבעיה, באיזה גיל, כמה זמן נמשכה וכיצד נפתרה

---

---

• האם ההתפתחות הגופנית היא בהתאם לגיל? כן / לא  
אם לא, פרטו

---

---

- האם ההתפתחות המינית היא בהתאם לגיל? כן / לא  
אם לא, פרטו

---

האם הילד/ה או מישהו מבני המשפחה נחשף/ה לטראומה?

---

---

האם הילד/ה או מישהו מבני המשפחה נחשף לאלימות או נוהגת באלימות?

---

---

האם היתה לילד/ה או למישהו מבני המשפחה חשיפה או גילויים של התנהגות מינית לא-הולמת?

---

---

האם קיימת לילד/ או למישהו מבני המשפחה התנהגות מסכנת וגורמי סיכון נוספים?

---

---

הערות נוספות

---

---

---

---

---

---

---

---

תודה רבה.