

מדבקה

מספר זהות

שם משפחה

שם פרטי

כתובת

רחוב

מס' בית מס' כניסה דירה

שכונה

ישוב מיקוד

טלפון 1:

טלפון 2:

לטלפן לכתוב

פקס:

דוא"ל:

מוסד:

שירות צבאי:

משך בחודשים

משרת במילואים פרופיל אחרון

מס' אישי

מס' תיק במשרד הביטחון

נתוני תייר:

אזרחות

מס' דרכון

חברת ביטוח

מספר פוליסה

איש קשר בקונסוליה

פרטים נוספים:

שם קודם

שם נוסף

מס' חדרים בדירה מס' נפשות בדירה

ניצול שואה

קרן לחסויים קרן חסוי בקרן

כן לא

תאריך לידה

שנה חודש יום

שנה חודש יום

אפוסטרופוס

סמן בעיגול את הקוד המתאים

- 1 אין
- 2 קטין
- 3 לגופו
- 4 לרכושו
- 5 לגופו ולרכושו

מספר ילדים

מצב משפחתי נקבה זכר

תאריך עליה

ארץ לידה

שם האב

ארץ לידת האב

שם האם

ארץ לידת האם

מעמד אזרחי

סמן בעיגול את הקוד המתאים

- 1 אזרח ישראלי
- 2 חייל/בטחון
- 4 תייר/תושב חוץ
- 5 תושב שטחים
- 7 עובד זר
- 98 אחר
- 99 לא ידוע

דת/לאום

סמן בעיגול את הקוד המתאים

- 1 יהודי
- 2 מוסלמי ערבי
- 3 מוסלמי לא ערבי
- 4 נוצרי ערבי
- 5 נוצרי לא ערבי
- 6 דרוזי
- 7 ללא דת
- 8 אחר
- 9 לא ידוע

קופת חולים

סמן בעיגול את הקוד המתאים

- מחוז
- מרפאה
- רופא מטפל
- אזור אשפוז
- 1 כללית
 - 2 לאומית
 - 3 מכבי
 - 4 מאוחדת
 - 5 חברת ביטוח
 - 6 צה"ל
 - 7 אחר
 - 8 ללא ביטוח
 - 9 לא ידוע

מוסר הפרטים

סמן בעיגול את הקוד המתאים

- 1 הפונה עצמו
- 2 אחר - עם הפונה
- 3 אחר - בלי הפונה
- 4 מכתב
- 5 טלפון

הערות:

ממלא הטופס: שם חתימה

מדבקה

מספר זהות

שם משפחה

שם פרטי

סוג קרבה

סמן קוד מתאים בטבלה למטה

10	בן/בת זוג	40	נכד/נכדה	70	אח	86	שכן/שכנה	92	חותן/חותנת	97	ידועה/בציבור
20	בן	50	אב	71	אח חורג	87	אפוטרופוס	93	חתן/כלה	98	אחר
21	בן חורג	51	אב חורג	80	אחות	88	ערב	94	גיס/גיסה		
30	בת	60	אם	81	אחות חורגת	90	בן/בת דוד	95	דוד/דודה		
31	בת חורגת	61	אם חורגת	85	חבר/חברה	91	סבא/סבתא	96	אחיין/אחינית		

סוג קרבה	שם משפחה	שם פרטי	כתובת	טלפון	איש קשר	גר בבית הפונה	היה בטיפול נפשי	מקבל הקיצבה

טיפול נפשי קודם אשפוזים פסיכיאטרים בבתי חולים אחרים

בית חולים	תאריך קבלה	שנה חודש יום	תאריך שחרור	שנה חודש יום
בית חולים	תאריך קבלה	שנה חודש יום	תאריך שחרור	שנה חודש יום

טיפול נפשי מרפאתי קודם במסגרת אחרת

המקום שם המטפל שנת סיום

10	רוק	21	נשוי/נפרד	40	אלמן
11	ידוע בציבור	22	נשוי בן זוג אחר	80	נפטר
20	נשוי	30	גרוש	99	לא ידוע
10	רוקה	21	נשואה/נפרדה	40	אלמנה
11	ידועה בציבור	22	נשואה בן זוג אחר	80	נפטרה
20	נשואה	30	גרושה	99	לא ידוע

מצב משפחתי - אב

סמן בעיגול את הקוד המתאים

תעסוקת האב

מספר שנות לימוד האב

מצב משפחתי - אם

סמן בעיגול את הקוד המתאים

תעסוקת האם

מספר שנות לימוד האם

עם מי גר הילד	1 אב ואם	4 בני משפחה אחרים	7 לבד
ילד מאומץ	2 אב לבדו	5 אומנה	8 אחר
כן לא	3 אם לבדה	6 מוסד	9 לא ידוע

ממלא הטופס: שם חתימה

מדבקה

מספר זהות

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

מצב תעסוקה בשלושה חודשים אחרונים

סמן בעיגול קוד מתאים

- | | | | | |
|----------------|---------------------|----------------------|------------------------|---------------------|
| 1 עבד | 2 עבד בתעסוקה מוגנת | 3 לא עבד - חפש עבודה | 4 לא עבד - חולה או נכה | 5 ניהל משק בית בלבד |
| 6 למד (לא עבד) | 7 פנסיונר | 8 לא עבד - אחר | 9 לא ידוע | |

סמן בעיגול את הקודים המתאימים

- | | | | | |
|-------------------|--------------------------|---------------|--------------|---------|
| 8 שילומים מגרמניה | 9 קצבה אחרת (כולל פנסיה) | 10 קרוב משפחה | 11 קופת רו"ת | 12 עצמי |
| 88 אחר | 99 לא ידוע | | | |

תעסוקה

- | | | | | | | |
|----------------|--------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------------|---------------------------|----------------|
| 1 הכנסה מעבודה | 2 ביטוח לאומי-זקנה | 3 ביטוח לאומי - שארים | 4 ביטוח לאומי - נכות | 5 ביטוח לאומי - הבטחת הכנסה | 6 ביטוח לאומי - קצבה אחרת | 7 משרד הביטחון |
|----------------|--------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------------|---------------------------|----------------|

מקום עבודה (עבודה נוכחית)

סוג עובד	1 שכיר	2 עצמאי	3 גמלאי	9 אחר
מקום עבודה	כתובת מקום עבודה			
דוא"ל	דוא"ל			
סלפון 1	סלפון 2			
פקס	פקס			

תעסוקה בעבר

מתאריך	עד תאריך	תעסוקה	מקום עבודה	סיבת הפסקה
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

קשר עם שירותים אחרים

סמן בעיגול את הקודים המתאימים

- | | | | | | |
|----------------------|---------------|---------------|-----------------------|--------------|---------------|
| 1 שרותי רפואה כלליים | 2 שרותי רווחה | 3 שרותי חינוך | 4 שרותי שיקום תעסוקתי | 5 שרותי דיור | 6 משרד הבטחון |
| 7 משרד הקליטה | 20 אין קשר | 99 לא ידוע | | | |

הכשרה מקצועית

מס' שנות לימוד

מתאריך	עד תאריך	הכשרה מקצועית	מסגרת	תעודה
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ממלא הטופס

שם

חתימה

השירות האמבולטורי-קהילתי

שם התחנה

- מדבקה -

פונה יקרה,

קדף לה תוכל להוסיף הסברים נוספים לגבי פנייתך
לתחנה, וכן כל פרט שנראה לך חשוב ויכול לסייע
לנו בהקנת ביטחון. פרטים אלו יישארו חסויים
ויואסרו רק למטפל שלך.

מספר זהות

שם

סיבת הפניה הנוכחית:

הגורם המפנה:

מה הציפיות שלך מהטיפול?

הערות:

מדינת ישראל - משרד הבריאות
המרכז הירושלמי לבריאות הנפש

השירות הקהילתי

אישור מטופל למשלוח מסרוני תזכורת (SMS) על מועדי טיפול

אני הח"מ _____ ת.ז. _____

מספר טלפון נייד _____

מאשר בזאת ומבקש בזאת מהמרכז הירושלמי לבריאות הנפש לשלוח לי מסרון תזכורת (SMS) למספר הטלפון הנייד הרשום לעייל, על מועדי טיפול שנקבעו לי ו/או לקטין שבחוקתי, ואני פוטר את המרכז הירושלמי מכל אחריות ו/או חבות חוקית לעניין זה.

אי משלוח תזכורת כאמור אינה פוטרת אותי מהתייצבות במועד לטיפול או הודעה על ביטול המפגש אם לא אוכל להגיע מסיבה כלשהי.

ידוע לי כי בכל מקרה בעתיד בו אבקש לבטל אישור זה, אוכל לעשות זאת בהודעה מראש ובכתב על גבי טופס זה או אחר.

תאריך _____ חתימה _____

אישור זה נחתם בנוכחות איש צוות המרפאה _____

יש לתייק בתיק המטופל ו/או לסרוק לפרומתיאוס

ביטול

אישור מטופל למשלוח מסרוני תזכורת (SMS) על מועדי טיפול

אני החתום מעלה על אישור למשלוח מסרון תזכורת לפני טיפול מרפאתי, **מבקש בזאת לבטל האישור הנ"ל** ולהפסיק לשלוח לי תזכורות כאמור.

תאריך _____ חתימה _____

אישור זה נחתם בנוכחות איש צוות המרפאה _____

יש לתייק בתיק המטופל ו/או לסרוק לפרומתיאוס

המרכז הקהילתי לבריאות הנפש ע"ש ד"ר אריה יארוס
טלפון: 02-6721531 פקס: 02-6738199

מדיניות ביטולים בעת קבלת טיפול במרפאה

מטופל/ת יקר/ה,

עם פנייתכם למרפאה לקבלת טיפול ברצוננו להדגיש בפניך את חשיבות ההגעה הרציפה עבור הצלחת הטיפול וליידע אותך במדיניות הנוגעת לביטולים.

כללי ההתנהגות בנוגע לטיפולים:

1. הבחירה להתחיל טיפול היא משמעותית מאוד. כדאי לתת לטיפול חשיבות גבוהה מאוד בתוך מדדי העדיפויות שלך. יש להגיע בקביעות ככל הניתן.
 2. במידה שהנך נאלץ לבטל יש להודיע למטפל או למזכירות המרפאה מוקדם ככל האפשר ולכל הפחות 24 שעות מראש.
- במקרים הבאים הטיפול בך ייעצר ויתבצע בירור מידי עם המטפל על מנת לבחון את הטעם ואת היכולת לחדשו:
1. 2 ביטולים רצוף ללא הודעה מראש
 2. 3 ביטולים רצוף גם אם ניתנה הודעה לגביהם.
 3. דפוס מתמשך של הגעה לא רציפה: פעמיים כן פעם לא, שבוע כן שבוע לא, כך שמתוך 6 פגישות נערכות בפועל רק 4 או פחות.

באיחולי הצלחה!

צוות המרפאה

קראתי והבנתי את מדיניות הביטולים של המרפאה:

_____ חתימה

_____ שם

_____ תאריך