



לוטוס- טופס פנייה

במידה ואת מעוניינת להפנות את המטופלת שלך למסגרת שלנו נשמח שתעני על השאלות הבאות על מנת שנוכל לבחון את מידת ההתאמה של המטופלת לטיפול שאנו מציעות.

שם המטופלת: _____ מקצוע: _____

טלפון: _____ מייל: _____

פרטי המטופלת:

שם ושם משפחה: _____ גיל: _____ מצב משפחתי: _____
תעסוקה: _____

זכאות לקצבה מביטוח לאומי: _____ שרותי סל שיקום: _____

סיכום פסיכוסוציאלי (תיאור הרקע של המטופלת בקצרה, ילדות, משפחת המוצא, שנות לימוד, יחסים בין האחים וכדומה)

תיאור ההתמודדות של המטופלת: (מהי הטראומה איתה היא מתמודדת, באיזה שנים ארעה וכיצד הסתיימה)

כי נפשנו הדבר

אשפוזים וטיפולים קודמים:

סימפטומים: (מהם הסימפטומים המרכזיים איתם מתמודדת המטופלת: פגיעות עצמיות, אובדנות, ניתוקים, דפוסי אכילה ושינה)

התהליך הטיפולי (מסגרת הטיפול, משך הטיפול והסטינג בו הוא מתקיים. תיאור התהליך אותו עוברת המטופלת בטיפול תוך התייחסות לקשר הטיפולי, ותמות מרכזיות בטיפול).

כי אנפסנו הדבר

דואר נע צפון יהודה 9097200
D. N. Zfon Yehuda 9097200

15-99-50-60-80

הרב קצנלבוגן רפאל 101, ירושלים 9382408
Harav Katzenelbogen 101, Jerusalem 9382408

סיבת פנייה: (מדוע אתן פונות עכשיו? ומה יכולות להיות המטרות שבהן הייתן רוצות להתמקד בטיפול בטיפול יום?)

הערות:

בברכה,
צוות לוטוס-המרכז הירושלמי לבריאות הנפש.

כי אנחנו הדבר