

תאריך: _____

טופס הפניית נערה/ה לטיפול

פרטים על הנערה:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
תאריך לידה: _____ מס' ת.ז.: _____
כתובת: _____ טלפון: _____
ביה"ס: _____ כיתה: _____ סוג כיתה: _____
מצב לימודי: _____
מצב חברתי: _____
מצב בריאותי: _____

מאפיינים מיוחדים: (אישיות- התנהגות, קשיים תפקודיים וכו')

מבנה משפחה:

האב- שם: _____ ת.לידה: _____ ת.ז.הות: _____ תעסוקה: _____
האם- שם: _____ ת.לידה: _____ ת.ז.הות: _____ תעסוקה: _____
אחים: 1. _____ ת.לידה: _____ ת.ז.הות: _____ תעסוקה: _____
2. _____ ת.לידה: _____ ת.ז.הות: _____ תעסוקה: _____
3. _____ ת.לידה: _____ ת.ז.הות: _____ תעסוקה: _____

תאור המערכת המשפחתית:

הבעיה, לפי התרשמות הגורם המפנה:

לפי ראית הנערה/ה:

מה נעשה עד כה לשם פיתרון הבעיה? (והאם הנערה/ה היה בטיפול או נמצא כעת בקשר עם גורם טיפולי?)



הצעה לדרך הטיפול:

החלטת הצוות הטיפולי של ביה"ס:

האם סוכם עם הנער/ה העברתה לטיפולנו? האם הוריה הסכימו לכך?

גורם מפנה: שם: _____ תפקיד: _____

טלפון: _____ חתימה: _____

