



## **הורים יקרים, שלום !**

- המרכז לגיל הרך שמח לעמוד לרשותכם והצוות הפרא-רפואי יעשה כל מאמץ להעניק לילדיכם את הטיפול הטוב ביותר המגיע לו. על מנת שנוכל לשרתכם על הצד הטוב ביותר, אנא שימו לב לנקודות הבאות:
1. מטרת הטיפול הכוללת שילוב וקידום מרבי של ילדכם בבית ובסביבה החינוכית, באמצעותכם, מחייבות את שיתוף הפעולה בינינו ולכן נוכחותכם במהלך הטיפול חשובה מאוד.
  2. התור שקיבלתם הינו ביום ובשעה קבועה ובאחריותכם להגיע לטיפול. **אין המשד אחראי ליצור קשר** ולתזכר.
  3. אל הטיפול מגיע הילד בליווי מבוגר (מעל גיל 18) בלבד **וללא בני משפחה נוספים**.
  4. זמן הטיפול הינו **עד 45 דקות**, ותלוי בשיתוף פעולה של הילד.
  5. אנא הקפידו להגיע בזמן ולהודיע על ביטול תור **יום לפני** המועד שנקבע לטיפול.
  6. בטיפולי פיזיותרפיה ישנם מקרים אשר יתקיימו טיפולים ל 2-3 ילדים במקביל, כמקובל בכל מכון טיפולי. אנא קבלו זאת בהבנה!
  7. לתשומת ליבכם – מספר רב של איחורים או **2** ביטולים בסדרה ללא הצדקה יאלצנו **להפסיק את הטיפול** בילד ולהעבירו לסוף רשימת ההמתנה לטיפולים.
  8. במידה וילדך עדיין אינו גמול, אנא הבא מספר טיפולים והחלפה במידת הצורך.
  9. יש לעדכן את המטפלת על כל תור שנקבע במכונים להתפתחות הילד וזאת על מנת לצייד אתכם בדו"ח מצב עדכני.

**חשוב – לא תתאפשר כניסה לטיפול ללא התחייבות.**

**תודה על שיתוף הפעולה !**

המרכז לגיל הרך

ערד

הריני לאשר כי קראתי את נהלי המרכז לגיל הרך והם מקובלים עלי.

חתימת ההורה: \_\_\_\_\_



## שאלון הכרות

תאריך: \_\_\_\_\_ גורם מפנה: \_\_\_\_\_

1. פרטי הילד/ה:

שם: \_\_\_\_\_ ז / נ תאריך לידה: \_\_\_\_\_

ת.ז: \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_ שנת עליה: \_\_\_\_\_

2. פרטי המשפחה:

שם	תאריך לידה	ארץ לידה	שנת עליה	עיסוק/ מסגרת חינוכית	שעות עבודה/ במסגרת	תפקוד/ מצב רפואי/קשיים התפתחותיים/ לימודיים/ התנהגותיים	טלפון
אמא							
אבא							
1. ז/נ							
2. ז/נ							
3. ז/נ							
4. ז/נ							
5. ז/נ							
6. ז/נ							
7. ז/נ							
8. ז/נ							
9. ז/נ							
10. ז/נ							

מצב משפחתי של ההורים: נשואים/ גרושים/ פרודים/ ידועים בציבור/ אחר \_\_\_\_\_

(במקרה של הורים גרושים - מה סוג המשמורת: \_\_\_\_\_)

כתובת: \_\_\_\_\_ דירה בבעלות/ שכירות/ אחר: \_\_\_\_\_

מספר חדרים: \_\_\_\_\_ דיירים נוספים בבית: \_\_\_\_\_ טלפון בבית: \_\_\_\_\_

הכנסות המשפחה: משכורת/ קצבה/ מזונות/ אחר \_\_\_\_\_

קשר עם גורמים נוספים בקהילה: רווחה/ ביטוח לאומי/ אחר \_\_\_\_\_



קשר עם גורמים טיפוליים: עו"ס/ פסיכולוג/פיזיותרפיסט/ מרפאה בעיסוק/קלינאית תקשורת \_\_\_\_\_

3. פרטי ההפניה: \_\_\_\_\_

סיבת ההפניה: \_\_\_\_\_

מהם הקשיים של הילד ומתי הבחנתם בהם לראשונה? \_\_\_\_\_

מ \_\_\_\_\_

טרת הפנייה ליחידה: \_\_\_\_\_

כיצד ההורים מתארים את הילד (מיהו עבורם, חוזקות, קשיים)? \_\_\_\_\_

4. רקע רפואי של הילד/ה: \_\_\_\_\_

שם רופא הילדים: \_\_\_\_\_ קופ"ח: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_

רופאים מקצועיים שהילד מטופל או טופל על ידם: \_\_\_\_\_

מצב בריאות כללי: \_\_\_\_\_

מקבל תרופות באופן קבוע? כן/לא. פרט: \_\_\_\_\_

התקף אפילפטי/ אשפוזים/ ניתוחים: \_\_\_\_\_

האם הילד סובל מסחרחורות (למשל בנסיעות): \_\_\_\_\_

בדיקת ראייה: כן/לא, פרט: \_\_\_\_\_

בדיקת שמיעה: כן/לא, פרט: \_\_\_\_\_

ציינו האם קיימות במשפחה המורחבת מחלות כרוניות או בעיות התפתחותיות: \_\_\_\_\_



5. רקע התפתחותי של הילד/ה:

הריון מתוכנן/לא מתוכנן \_\_\_\_\_  
 הריון טבעי/טיפולי פוריות \_\_\_\_\_  
 מהלך ההיריון: תקין / לא תקין, פרט: \_\_\_\_\_  
 מהלך הלידה: \_\_\_\_\_ בשבוע: \_\_\_\_\_ משקל: \_\_\_\_\_

כיצד הייתה התקופה שלאחר הלידה (התארגנות בבית, האכלה/הנקה, תמיכה משפחתית):

מזג כתינוק (בכי, שינה, אכילה, גזים, אובייקט מעבר): \_\_\_\_\_

התפתחות מוטורית (התהפכות, זחילה, ישיבה, עמידה, הליכה) במועד / באיחור, פרט:

התפתחות שפתית (השמעת הברות, מילה, צרוף מילים) במועד / באיחור, פרט:

התפתחות חברתית (חיוך, צחוק, קשר עין, יצירת קשרים), פרט:

6. תפקוד יומיומי

סדר יום (שעת קימה, התארגנות בוקר, פעילות אחה"צ, חוגים, ארוחת ערב, רחצה, שעת שינה):

תחומי עניין של הילד: \_\_\_\_\_

מסגרת חינוכית נוכחית: חינוך רגיל / חינוך מיוחד /בבית \_\_\_\_\_

הסתגלות ותפקוד במסגרת החינוכית: \_\_\_\_\_



האם הנכם מתרשמים שילדכם מתקשה / התקשה באחד התחומים המפורטים? אנא

סמנו X ופרטו .

תחומים	תפקוד תואם גיל	קיימים קשיים	פרט
מוטוריקה גסה (הליכה, ריצה, קפיצה, עליה על מתקנים וכו')			
מוטוריקה עדינה (קוביות, השחלה, גזירה וכו')			
תקשורת שפה ודיבור (הבנה והבעה, רצוף, היגוי)			
קשב וריכוז			
יצירת קשרים חברתיים			
התנהגות (תגובה לתסכול, אלימות, דחיית סיפוקים, אימפולסיביות, גבולות)			
הלבשה ורחצה			
אכילה (תפריט מגוון/מצומצם, עצמאות, הרגלים)			
שינה (הירדמות עצמאית, עם מי ישן, שינה רציפה/קטועה, בעיות מיוחדות)			
שליטה על צרכים (אם גמול- באיזה גיל? וכיצד הייתה הגמילה)			
פרידה מן ההורים			
התמודדות עם שינויים/ מעברים			
רגישויות (למגע, מרקמים, ריח, קולות, המולה)			
הנקה/ שימוש בבקבוק/ שימוש במוצץ			
פחדים			

רחוב אלעזר בן יאיר 28, ערד, ת.ד. 63, מיקוד 89100

טלפון ישיר: 08-9551537 פקס: 077-5558437

מייל: gilrach@matnas-arad.org , אינטרנט: www.matnas-arad.org



--	--	--	--

7. מידע נוסף

קשר עם דמויות משמעותיות במשפחה או מחוצה לה (אחים, הורים, סבים, חברים, גגנת, מורה וכו')

---



---



---



---



---



---



---



---

אירועי חיים משמעותיים שברצונכם לציין בקשר לילד או המשפחה?

---



---



---



---



---



---

תפיסת ההורים את עצמם (דרכי התמודדות עם הילד והאחים, הבדלי גישות בין ההורים, תובנות, סגנון הורות):

---



---



---



---

מערכות תמיכה וכוחות של המשפחה:

---



---



---

הדרכת הורים: מעוניינים/ לא מעוניינים

---

תאום ציפיות:

---

עזרה בתחומים נוספים/ השתתפות בתוכניות:

---



---



---

המרכז מבטיח דיסקרטיות מקצועית מוחלטת בכל מה שנוגע למידע שיתקבל ממקור כלשהו.

תאריך:

חתימת ההורים:

---



תאריך: \_\_\_\_\_

הורים יקרים ,

להלן טופס הסכמה לביצוע הערכה וטיפול ביחידתנו. טופס זה מהווה חלק מנוהל ההפניה ליחידה והוא תנאי הכרחי למפגש הראשון ביחידה. ללא הסכמתכם הכתובה לא נוכל לקבלכם ליחידה. ניתן לשלוח טופס זה בדואר עפ"י הכתובת המצוינת למטה , לפקסס אותו או להביאו פיזית ליחידה.

### טופס הסכמה לאבחון טיפול.

אנו החותמים מטה , הורי הקטין/קטינה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ מאשרים לבצע לבננו/בתנו הערכה ולטפל בו/בה עפ"י תוצאותיה.

**סטטוס ההורים:**

**נשואים/גרושים/פרודים/אלמן-אלמנה/חד הוריה/זועים בציבור**

\*במידה ואין מחלוקת וקיימת הסכמה בין ההורים, מספיקה חתימה של אחד ההורים.

שם האב: \_\_\_\_\_

שם האם: \_\_\_\_\_

מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_

מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_

חתימת האב: \_\_\_\_\_

חתימת האם: \_\_\_\_\_

טלפון נייד: \_\_\_\_\_

טלפון נייד: \_\_\_\_\_

טלפון נוסף: \_\_\_\_\_

טלפון נוסף: \_\_\_\_\_



## טופס בקשות מידע רפואי וויתור על סודיות

אני הח"מ-פרטי הקטין,

שם משפחה	שם פרטי הקטין	ת.ז. של הקטין	כתובת
שם האב	ת.ז. של האב	שם האם	ת.ז. של האם

### נותן בזה רשות להעביר את המידע שברשותכם אל המבקשים המפורטים להלן:

- קופת חולים בה מבוטח הילד \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_
- הרופא המטפל \_\_\_\_\_
- מכון להתפתחות הילד - בי"ח \_\_\_\_\_
- שירות פסיכולוגי חינוכי – ערד \_\_\_\_\_
- אגף הרווחה עיריית ערד \_\_\_\_\_
- מטפלת / גננת / מורה \_\_\_\_\_

### כמו כן הנני מאשר לגורמים המפורטים מטה להעביר את המידע שברשותם למרכז לגיל הרך:

- קופת חולים בה מבוטח הילד \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_
- הרופא המטפל \_\_\_\_\_
- מכון להתפתחות הילד - בי"ח \_\_\_\_\_
- שירות פסיכולוגי חינוכי – ערד \_\_\_\_\_
- אגף הרווחה עיריית ערד \_\_\_\_\_
- מטפלת / גננת / מורה \_\_\_\_\_

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים והיחידה להתפתחות הילד במרכז לגיל הרך ערד, ולא תהא לי כל טענה או תבעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

### ולראיה באתי על החתום:

שם ההורה	חתימה	תאריך
שם העד לחתימה	ת.ז. של העד	חתימת העד



