



## טופס הפנייה לטיפול במחלקה לנוער וצעירים

שם +הגוף המפנה	_____	תאריך	_____
הפניה	_____	מפנה	_____
טלפון	_____	גורם	_____
פקס	_____		
<u>פרטים אישיים אודות הנער/ה:</u>			
שם	_____	ארץ	_____
פרטי	_____	עליה	_____
שם	_____	תאריך עליה	_____
משפחה	_____		
תאריך	_____	שם הורה 1	_____
לידה	_____		
מס' ת.ז.	_____	ת.ז. הורה	_____
	_____	1	_____
כתובת	_____	שם הורה 2	_____
	_____		
טלפון	_____	ת.ז. הורה 2	_____
בית	_____		
נייד	_____	נייד הורה 1	_____
הנער	_____		
	_____	נייד הורה 2	_____
מסגרת	_____		

מסגרות לימודיות קודמות:

יסודי \_\_\_\_\_

תיכון \_\_\_\_\_

הרכב משפחתי: \_\_\_\_\_

יחסים במשפחה: \_\_\_\_\_

תפקוד לימודי: (נוכחות, השקעה בלימודים, הישגים) \_\_\_\_\_

תפקוד התנהגותי חברתי: \_\_\_\_\_

תאור של הקשר עם הנער/ה: (עם צוות ביה"ס, מורה, הנהלה, יועצת, פסיכולוג) האם נערכו פעולות מיוחדות? (ישיבות לגבי הנער/ה הפניות)

מידע לגבי תפקוד אחה"צ ובבית (אם יש):

- לקויות למידה: כן / לא
- אבחונים: דידקטי / פסיכו דיאגנוסטי/הערכה פסיכיאטרית. (יש לצרף)
- האם נוטלת טיפול תרופתי? איזה? \_\_\_\_\_
- האם נתקיימה ועדת השמה / החלטה / אחר. (יש לצרף)
- האם ידוע על שימוש בסמים ואלכוהול: כן / לא. אם כן  
פרט \_\_\_\_\_

קשר עם גורמים נוספים בקהילה בנוגע לנערה/ה (משטרה, ש.מ., שפ"ח, ביקור סדיר, לשכת הרווחה, מעורבות עו"ס לחו"נ, כל גורם אחר). נא לפרט היכן ומה נעשה:

סיבת ההפניה:

מטרות ההפניה:



טלפון : 08-8519128  
פקס : 8528977

---

---

הכנת הנערה/ה להפניה והסכמתו/ה:

---

---

---

---

## הסכמת הורים לטיפול:

חתימת הורה 1 \_\_\_\_\_ חתימת הורה 2 \_\_\_\_\_

חתימת העובד \_\_\_\_\_ חתימת המנהל \_\_\_\_\_

- \*\* במידה וההורים גרושים, יש לקבל את הסכמת שני ההורים \*\***
- \*\* נא לצרף צילום ת.ז. של אחד ההורים \*\***
- \*\* נא לצרף אבחונים ודו"חות רלוונטים \*\***
- \*\* עם קבלת המקרה לטיפול עו"ס במחלקת נו"צ תקבע פגישת הכרות עם הגורם המפנה והמשפחה \*\***
- \*\* נא לוודא כי נתקבלה ההפנייה בטלפון המחלקה \*\***