



## טופס הפנייה לטיפול במחלקה לנוער וצעירים

שם +הגוף המפנה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_  
הפניה \_\_\_\_\_  
טלפון \_\_\_\_\_ גורם \_\_\_\_\_ מפנה \_\_\_\_\_  
פקס \_\_\_\_\_

### פרטים אישיים אודות הנער/ה:

שם פרטי \_\_\_\_\_  
שם משפחה \_\_\_\_\_  
תאריך לידה \_\_\_\_\_  
מס' ת.ז. \_\_\_\_\_  
כתובת \_\_\_\_\_  
טלפון בית \_\_\_\_\_  
נייד הנער \_\_\_\_\_  
מסגרת \_\_\_\_\_  
ארץ עליה \_\_\_\_\_  
תאריך עליה \_\_\_\_\_  
שם הורה 1 \_\_\_\_\_  
ת.ז. הורה 1 \_\_\_\_\_  
שם הורה 2 \_\_\_\_\_  
ת.ז. הורה 2 \_\_\_\_\_  
נייד הורה 1 \_\_\_\_\_  
נייד הורה 2 \_\_\_\_\_  
מייל נער \_\_\_\_\_

מייל הורים \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_
- האם יש צורך בסיוע כלכלי? כן/ לא (לא מובטחת עזרה)

קשר עם גורמים נוספים בקהילה בנוגע לנער/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:

---

---

---

---

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 נ"צ תקבע פגישת הכרות עם הגורם המפנה והמשפחה \*\***  
**\*\* נא לוודא כי נתקבלה ההפנייה בטלפון המחלקה \*\***