**טופס הפנייה ליחידה להתפתחות הילד- שאלון להורים**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **פרטים כללים** | | | | | | | | |
| שם מלא של הילד/ה | | תעודת זהות של הילד | | | מין | | | תאריך לידה לועזי |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | 5 זכר  5 נקבה | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| כתובת | | | מספר טלפון בבית | | | מספר פקס | | |
|  | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| שם האב | מספר טלפון נייד של האב | | | שם האם | | | מספר טלפון נייד של האם | |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| מיילים רלבנטים: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| שם רופא הילדים | | | סניף קופת חולים | | | | | תאריך מילוי שאלון |
|  | | |  | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |

|  |
| --- |
| 1. **פרטי הגורם המפנה** |
| פרטי הגורם המפנה: 5הורים 5 גננת/מורה 5רופא 5טיפת חלב 5אחר:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  הסיבה העיקרית לפנייתכם ליחידה להתפתחות הילד: 5טיפול בריפוי בעיסוק 5טיפול בריפוי בדיבור (נא לצרף בדיקת אף אוזן וגרון ובדיקת שמיעה) 5טיפול בפיזיותרפיה התפתחותית 5אחר:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  דעת ההורים על ההפניה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  מתי שמת לב לקשיי ילדך בפעם הראשונה?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **הריון ולידה** | | | | |
| מהלך ההיריון | מהלך הלידה | בית החולים בו נולד | גיל ההיריון (בשבועות) | משקל הלידה |
|  |  |  |  |  |
| צורת לידה: 5רגילה 5עכוז 5מלקחיים 5ואקום 5ניתוח קיסרי מתוכנן 5דחוף  סיבוכים לאחר הלידה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |

|  |
| --- |
| 1. **מצב בריאות** |
| האם ילדך סובל ממחלה ממושכת? אם כן פרט : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  מומים גופניים:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  טיפול תרופתי ממושך:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  אשפוזים בעבר: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ניתוחים:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 1. **שינה** |
| מספר שעות שינה רצופות בלילה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  האם הילד מתעורר במשך הלילה? \_\_\_\_\_\_\_\_ ואם כן כמה פעמים?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  האם הילד מרטיב בלילה? \_\_\_\_\_\_\_\_ ואם כן באיזו תדירות?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  האם הילד נוחר או משמיע קולות בזמן השינה? 5כן 5לא  האם הילד נושם עם פה פתוח בזמן השינה? 5כן 5לא |

|  |
| --- |
| 1. **התפתחות מוטורית ותפקודי יום-יום** |
| באיזה גיל ילדך:  **התהפך**: בטן/גב: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ גב/בטן: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ זחל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ישב: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_הלך: \_\_\_\_\_\_\_\_ שליטה מלאה בצרכים: \_\_\_\_\_\_\_\_ מגיל: \_\_\_\_\_\_\_\_ ביום: \_\_\_\_\_\_\_\_ בלילה: \_\_\_\_\_\_\_\_  האם ילדך מתלבש לבד? \_\_\_\_\_\_\_\_ עוזר בהלבשה/הפשטה או זקוק לעזרה מלאה?\_\_\_\_\_\_\_\_ האם ילדך אוכל באופן עצמאי? \_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 1. **דיבור** |
| איזו שפה מדברת האם? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ איזו שפה המדבר האב? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  אילו שפות נוספות הילד שומע בבית? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  במידה והשפה במסגרת החינוכית שונה משפת האם, מהי השפה המדוברת במסגרת החינוכית?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ כמה זמן הילד נמצא במסגרת זו?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מאיזה גיל השמיע/ה הילד/ה: מילים ראשונות? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  צירופי 2-3 מילים? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ באיזה גיל דיבר בשטף? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  איך נושם בערנות? 5דרך הפה 5דרך האף. האם משתמש במוצץ? 5כן 5לא האם מוצץ אצבע? 5כן 5לא  האם הילד מדבר בקול רם לדעתך? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 1. **אכילה** |
| הילד: 5ינק 5אכל מבקבוק 5הנקה וגם בקבוק  באיזה גיל עבר מאכילה בבקבוק לאכילת מזון מוצק? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  הילד אוכל בפה: 5פתוח 5סגור . האם יש בררנות באוכל? 5כן 5לא  האם הילד מרייר? 5כן 5לא |

|  |
| --- |
| 1. **תחושה** |
| האם ילדך נמנע ממגע (חיבוק , ליטוף)? 5 כן 5לא  האם נצפתה רגישות כלשהי למגע של הגוף עם חומרים כגון: חול/דבק/מים? 5 כן 5לא . אם כן תפרט/י: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  האם ילדך נמנע / מחפש מרקמי מזון מסוימים כגון: נוזל/מוצק? 5 כן 5 לא  האם ילדך סובל מבחילה בנסיעה או במתקני גן שעשועים? 5 כן 5 לא  האם ילדך מחפש / נמנע מנדנוד חזק ? 5 כן 5 לא |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **התנהגות** | | | | | | |
| אנא, דרג/י את ילדך/תך בנוגע להתנהגויות הבאות: הקף/י **1** אם ההתנהגות הכתובה מימין הייתה רוב הזמן. הקף/י **5** אם ההתנהגות הכתובה משמאל הייתה רוב הזמן. מצבי ביניים מיוצגים ע"י המספרים **2,3, ו–4**. אם מתוארות שתי התנהגויות (כמו למשל, התפרצויות זעם, הטחת הראש), סמן/י את המתאימה ביותר: | | | | | | |
| שקט ורגוע | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | קולני וחסר שקט |
| קל מאד להאכיל אותו | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | בעיות האכלה יום יומיות |
| ישן טוב | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | בעיות שינה תכופות |
| בדרך כלל רגוע | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | בדרך כלל חסר מנוחה |
| חסר פעילות | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | פעילות יתר |
| מתרפק, קל לחיבוק | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | לא נהנה ממגע |
| קל להרגיע אותו | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | התפרצויות זעם, מטיח את הראש |
| זהיר | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | נוטה לתאונות, הרפתקן |
| נהנה מקשר עין | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | נמנע מקשר עין |
| אוהב חבר | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | אינו אוהב קשר עם אנשים |
| נפרד בקלות (מאבא או אמא) | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | מתקשה מאוד להיפרד |
| תאר/י נא, התנהגויות של ילד\תך המדאיגות אותך או אנשים אחרים במשפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  תאר/י נא אירועים חריגים, טראומתיים או מעוררים חרדה, אשר יתכן שהשפיעו על התפתחותו/ה ותפקודו/ה העכשוויים של ילד\תך, נא פרט\י אירוע, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  גילו/ה של הילד/ה בזמן האירוע ותגובותיו/ה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  האם הילד/ה או המשפחה קיבלו טיפול רגשי מקצועי כלשהו, כמו יעוץ אישי או קבוצתי וכד'? 5 כן 5לא **אם כן,** אנא פרט/י כל טיפול שקיבל/ה בעבר או בהווה, כולל סוג הייעוץ, האדם שקיבל יעוץ, שם היועץ ואורך הטיפול: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **11. אישיות והתנהגות כיום** | | | | |
| נא סמן/י כל תכונה או התנהגות המאפיינת את ילדך/תך כיום: | | | | |
| 5עצוב | 5שמח | 5מנהיג | 5מונהג | 5נוטה למצבי רוח |
| 5חברתי | 5שקט | 5פעילות יתר | 5עצמאי | 5תלותי |
| 5רגיש | 5מביע רגש | 5מלא פחדים | 5משתף פעולה | 5התפרצויות זעם |
| 5חסר אנרגיה / עייף | 5אחראי מדי (דואג) | 5בעיות בשינה | 5קשה לשליטה | 5מזג או אופי נוח |
| 5מעדיף להיות לבד | 5לא יוזם | 5מבולבל | 5לא מנומס | 5אימפולסיבי |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **טיפולים התפתחותיים בעבר או בהווה (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, ריפוי בדיבור, טיפול פסיכולוגי)**   **\* אם ילדכם עבר אבחון כלשהו נא לצרף דו"ח מאבחן** | | | | |
|  | סוג הטיפול | מסגרת שבה טופל | משך הטיפול | תוצאות/סיבת הפסקה |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| מתי שמת לב לקשיי ילדך בפעם הראשונה?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **פרטי המשפחה** | | | | | |
| **פרטי האב** (או אב מאמץ/חורג) | | | | | |
| שם פרטי ומשפחה | שנת לידה | | ארץ לידה | | מוצא/עדה |
|  |  | |  | |  |
| מקצוע | | שנות לימוד | | מצב בריאותי | |
|  | |  | |  | |
| השכלה או הכשרה מיוחדת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  בעיות התפתחות בעבר (גדילה, למידה, שפה):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  מצב משפחתי: 5נשוי 5גרוש 5אלמן 5פרוד 5רווק | | | | | |
| **פרטי האם** (או אם מאמצת/חורגת) | | | | | |
| שם פרטי ומשפחה | שנת לידה | | ארץ לידה | | מוצא/עדה |
|  |  | |  | |  |
| מקצוע | | שנות לימוד | | מצב בריאותי | |
|  | |  | |  | |
| השכלה או הכשרה מיוחדת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  בעיות התפתחות בעבר (גדילה, למידה, שפה):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  מצב משפחתי: 5נשואה 5גרושה 5אלמנה 5פרודה 5רווקה | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **12. מסגרת חינוכית** | | |
| סוג המסגרת | שם בית ספר/ הגן בו נמצא הילד | שם המטפלת |
| 5בבית 5מטפלת 5משפחתון 5מעון |  |  |
| כיתה | סוג כיתה | מספר ילדים בכיתה או קבוצה |
|  | 5רגילה 5מיוחדת 5מקדמת |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **אחים ואחיות** | | | | |
|  | שם | גיל | מסגרת חינוך | האם קיבל/מקבל טיפול התפתחותי? ואיזה? |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| כמה נפשות גרות בבית?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מיקום ילד בין האחים: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |

|  |
| --- |
| 1. **הערות נוספות** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **פרטי ממלא הטופס** | |
| שם ההורה הממלא את הטופס | חתימה |
|  | **û**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

במקרה של הורים גרושים/פרודים יש למלא נספח

**נספח הסכמת הורים - התפתחות הילד**

* כאשר מדובר בהורים פרודים, גרושים או נמצאים בתהליך גירושין - יש צורך בחתימה של שני ההורים על טופס הסכמה לטיפול.
* אם יש החלטה של בית המשפט המורה על טיפול בילד למרות סירוב או היעדר אישור של אחד ההורים, יש לצרף עותק של ההחלטה.
* נדרש מלווה מבוגר (אחד מההורים או מי מטעמם) לקטין בביקוריו במרפאה.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **פרטי הילד/ה** | | |
| שם מלא | מספר זהות | תאריך מילוי השאלון |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2. הסכמת הורים לטיפול בקטין** | | |
| נא למלא את הטופס במלואו. אם קיים אפוטרופוס אחר – נא לצרף מסמך משפטי המבסס זאת. אני מאשר/ת בזאת את הסכמתי לקבלת אבחון/טיפול/בדיקת רופא לילדי - במרכז להתפתחות הילד של לאומית שירותי בריאות. | | |
| **חתימת הורה** | | |
| שם מלא | תעודת זהות | חתימה |
|  |  |  |
| **חתימת הורה** | | |
| שם מלא | תעודת זהות | חתימה |
|  |  |  |
| נא ציין מיהו האחראי לליווי של הילד:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **עד לחתימה: עורך דין או איש צוות** | |
| שם מלא | תעודת זהות |
|  |  |