

תאריך מילוי השאלון: _____

שאלון הורים

פרטי ההפניה

שם יוזם/ת הפניה : _____

סיבת הפניה : _____

פרטים אישיים של הילד המופנה

שם פרטי	
שם משפחה	
תאריך לידה	
מספר ת"ז	
מיקום משפחתי (בכור/אמצעי/ בן זקונים)	
כתובת מגורים	
טלפון בבית	

פרטי המשפחה**פרטי האם :**

	שם פרטי
	שם משפחה
	תאריך לידה
	מספר ת"ז
	כתובת מגורים
	טלפון בבית
	טלפון נייד
	מס' שנות לימוד
	עיסוק
	מצב בריאותי
	מצב משפחתי (נ / ג / ר / פ / א)

פרטי האב :

	שם פרטי
	שם משפחה
	תאריך לידה
	מספר ת"ז

	כתובת מגורים
	טלפון בבית
	טלפון נייד
	מס' שנות לימוד
	עיסוק
	מצב בריאותי
	מצב משפחתי (נ / ג / ר / פ / א)

האם קיימת קרבת דם בין ההורים: כן / לא

אם כן, נא לפרט: _____

פרטי שאר ילדי המשפחה :

שם מלא	מין ז/נ	תאריך לידה	מסגרת חינוכית	קשיים רפואיים / התפתחותיים/ התנהגותיים/לימודיים	
					1
					2
					3
					4
					5

רקע רפואי כללי :

א. שם רופא הילדים/המשפחה: _____
טלפון של הרופא : _____

ב. רופאים מקצועיים נוספים שהילד מטופל/טופל על-ידם (נא למלא פרטי שם וטלפון) :
_____(1)
_____(2)
_____(3)

ג. מהלך ההריון ולידה:
משקל הלידה : _____
שבוע הלידה : _____
מהלך ההריון והלידה: תקין / לא תקין
אם לא, נא לפרט:

ד. אשפוזים ובירורים רפואיים בעבר: כן / לא
אם כן, נא לפרט:

ה. מצב בריאותי נוכחי:

ו. האם הילד מקבל תרופות באופן קבוע: כן / לא
אם כן, נא לפרט שמות התרופות ומינון ליום :

_____(1)
_____(2)
_____(3)

ז. האם נעשתה בדיקת ראייה: כן / לא, נא לפרט:

ח. האם נעשתה בדיקת שמיעה: כן / לא, נא לפרט:

אנא ציינו באם קיימות במשפחה המורחבת מחלות כרוניות או בעיות התפתחותיות:

רקע התפתחותי :

א. האם הנכם מתרשמים שילדכם מתקשה / התקשה באחד התחומים המפורטים ?

אנא סמנו X ופרטו:

תחומים	כן	לא	פירוט
מוטוריקה גסה (זחילה, ישיבה, הליכה, ריצה וכו')			
מוטוריקה עדינה (ציור, השחלה, גזירה וכו')			
תקשורת (קשר עין, הדדיות)			
שפה ודיבור (הבנה, הבעה, רצף, היגוי)			
ריכוז וקשב			
יצירת קשרים חברתיים			
התנהגות (דיכאון, חרדה, תנועתיות יתר, קשיים במשמעת, קשיי הסתגלות)			
אכילה			
שינה			

			שליטה על הצרכים (צואה, שתן)
			פרידה מן ההורים
			רגישויות (למגע, ריח, קולות)
			משחק
			אחר

ב. מסגרת חינוכית נוכחית :

האם היו / ישנם קשיים במסגרת הגנית / בית ספרית:

ג. האם קיים קשר עם גורמים טיפוליים אחרים? אם כן, נא להקיף בעיגול:
פסיכולוג / עובדת סוציאלית / מרפאה בעיסוק / קלינאית תקשורת / גנת שי"ח ולפרט:

ד. האם יש דברים נוספים שברצונכם לציין / להוסיף ?

ה. ציפיות ההורים מהאבחון:

מסמכים הנדרשים לצירוף :

1. תמונה עדכנית של הילד
2. דו"ח גנת / מורה
3. מכתב לידה
4. כרטיס טיפת חלב
5. בדיקות קודמות, אבחונים קודמים
6. אם הפניה היא עקב **בעיית שפה**, נא לצרף תוצאות בדיקת שמיעה
7. אם הפניה היא עקב **בעיית מוטוריקה עדינה**, נא לצרף תוצאות בדיקת עיניים.

חתימת ההורים: אם : _____ , אב : _____ . תודה !