

סודי רפואי

טופס פניה - מבוגרים (07.15)



לפונה להארבעה שלום רב,

עם פנייתך להארבעה הנך מתבקש למלא את הטפסים המצ"ב ולענות על כל הפרטים, לפי מיטב הבנתך. העדר פרטים מלאים מעכב את טיפולינו בפניה.

השאלון מורכב ממילוי פרטים בצורות שונות, אנא הקפידו לעקוב אחר ההנחיות ולמלא את כל הסעיפים. השאלון מתייחס הן לזכר והן לנקבה ללא כל העדפה. בכל מקום בו מצוין זכר או נקבה בלבד, הכוונה לכל מין, בהתאם.

הפרטים שימסרו בשאלון ישמרו בסודיות כפי שמעוגן בחוק, לא נבקש ולא נעביר מידע ללא אישורכם וללא טופס וויתור סודיות חתום על ידך. רצוי לצרף חומר נוסף (כמו בדיקה פסיכולוגית, דו"ח רפואי) העשוי לתרום לטיפול בפנייתכם.

מיד עם רישום הפניה בהארבעה, יישלח בדואר או במייל מכתב המאשר את קבלת הטפסים.

לידיעתכם: החל מתאריך 1.7.2015 הופעלה רפורמה במערך בריאות הנפש. רפורמה זו משמעותה שכל אזרח במדינה יהיה מבוטח גם בתחום בריאות הנפש באמצעות שירותי הבריאות (קופות החולים). נגזר מכך, שהחל מתאריך זה נדרש טופס 17 מהקופה לשם קבלת שירותי הערכה וטיפול במסגרת כל המרפאות הציבוריות-ממשלתיות, ובהן גם מרכז הארבעה.

לכן, בצמוד לטופס הפניה להארבעה יש לצרף טופס 17 מקופת החולים בה אתם מבוטחים.

נשמח לעמוד לרשותכם בכל שאלה או בעיה בהגשה או השגת הטופס הנדרש.

בכבוד רב,

אילן מדר
פסיכולוג קליני בכיר, מדריך
מנהל הארבעה

לאחר מילוי הטופס יש להניחו בתיבה מס' 111, הנמצאת בצמוד למזכירות בבנין כלכלה וניהול.

סודי רפואי

טופס פניה - מבוגרים (07.15)

מרכז הארבעה מציע מגוון נרחב של טיפולים כגון; טיפול פרטני, משפחתי, קבוצתי, וייעוץ ממוקד מטרה. ההחלטה על סוג הטיפול המתאים לכל פניה נעשה לאחר תהליך קלט (אינטייק) ומתוך שיקול דעת מקצועי תוך שיתוף הפונה ובהסכמתו. הארבעה מציע גם טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT) בשילוב עם ביו-פידבק. טיפול זה אינו נכלל בסל הבריאות, ולכן הוא בתשלום מסובסד. הטיפול מיועד למקרים של חרדות כלליות או ממוקדות (כמו חרדת בחינות), שליטה על כעסים או התנהגויות אימפולסיביות, עידוד ושיפור יכולות של התמודדות למול מצבים מעוררי חשש ועוד. לפרטים נוספים על סוג טיפול זה ניתן לפנות למנהל היחידה ד"ר עמית כהן (בטלפונים המפורטים בראש מסמך זה).

פרטים נוספים על הארבעה, או על סוגי הטיפולים השונים ניתן לקרוא באתר (הפניה בראש המסמך), או ב"דף מידע לפונים" אותו ניתן לקבל על ידי פניה למזכירות.

תאריך: _____

פרטים אישיים:

1. שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מין: _____ ת.ז.: _____ מצב משפחתי: _____
ת.לידה: _____ / _____ / _____ ארץ לידה: _____ שנת עלייה: _____
כתובת: _____ מיקוד: _____ דו"אל: _____
נא להקפיד על אותיות דפוס וכתב ברור

טל' בבית: _____ טל' נייד: _____ טל' בעבודה: _____
תעסוקה: _____ שנות לימוד: _____ תואר אקדמאי: _____ תחום: _____

2. א. באיזה קופת חולים אתם חברים: _____ סניף: _____ - חובה לצרף טופס 17 מתאים.

3. האם הייתה פניה קודמת להארבעה בהקשר אליך?:
 כן לא, מתי? _____ ובהקשר לבן משפחה אחר? כן לא
מתי? _____ מי? _____

4. האם קבלת או מקבלת/יעוץ/טיפול נפשי? כן לא
(נא לפרט, תקופה, זמן, מסגרת וכו')

5. הגורם המפנה: עצמי אחר: _____ כתובת מלאה: _____ טל': _____

6. סיבות הפניה (תאר מהן הבעיות המצריכות פניה לטיפול):

7. האופן בו הקשיים או המצוקה באים לידי ביטוי כעת:

8. ציין הסתגלות בהווה: בעבודה, בלימודים במסגרות חברתיות או אחרות:

9. קשרים חברתיים ואינטימיים (ציין אם חלו שינויים לאחרונה - בדידות, מתחים או אחר):

10. רקע משפחתי ומבנה המשפחה:

שם	תאריך לידה	ארץ מוצא	שנת עליה	תעסוקה	שנות לימוד	מקום עבודה	מצב משפחתי	הערות
בן/בת זוג								
שמות הילדים (אם יש)								
קרובים אחרים הגרים עם הפונה								

11. מצב משפחתי: רווק/ה, נשוי/נשואה/נישואין מחדש, זוגות ללא נישואין, פרוד/ה, גרוש/ה, כל מבנה משפחתי ייחודי שהפניה לפרטיה איננה נותנת תמונה מלאה, אחר פרט/י: _____

בריאות גופנית של הפונה

12. מחלות כרוניות יש אין פרט/י: _____

13. האם קימות מחלות כרוניות במשפחה? כן לא פרט/י: _____

14. מחלות מיוחדות במשך ההתפתחות עם השפעות לטווח ארוך (כגון דלקת קרום המוח, דלקת פרקים): _____

15. חבלות יוצאות דופן כגון נפילה מגובה, איבוד הכרה, חום גבוה ללא סיבה, תאונה (ציין באיזה גיל אירעו): _____

16. האם אושפזת אי פעם בבי"ח כללי? כן לא פרט/י (באיזה גיל, מאיזו סיבה ולכמה זמן) _____

17. האם אושפזת אי פעם אשפוז פסיכיאטרי? כן לא פרט/י (באיזה גיל, מאיזו סיבה, ולכמה זמן) _____

18. האם עברת פגיעה / התעללות מינית? כן לא

19. האם הנך צורך/ת סמים? כן לא

20. אם הנך נוהג לשתות משקאות אלכוהוליים מידי יום? כן לא

21. נא למלא בתמציתיות:-

הערות	לא בעייתי כלל	בעייתי רק במעט	בעייתי	בעייתי מאד	
					מצב רוח ירוד
					שינה
					פעילות יתר
					יחסים חברתיים
					התנהגות חברתית
					התקפי חרדה
					התפרצויות זעם
					טיקים (עוויתות)
					מחשבות טורדניות
					פחדים ממוקדים
					מתח כללי

22. ציין רגישויות מיוחדות (במגע עם בגדים, מים, רעש, אור, ריח, אחר):

23. ציין קשיי שינה חלומות מטרידים פעילות יתר, ריכוז והתמדה:

24. הערות נוספות (ניתן להוסיף בדפים נוספים):

25. השאלון מולא בסיוע כן לא. אם כן, בעזרת מי? _____

חתימת הפונה

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

חתימה: _____ תאריך: _____

משרד הבריאות

הארבעה - מרכז רב מקצועי לטיפול פסיכולוגי

ילדים, נוער, מבוגרים - טיפול, הדרכה, הכשרה

רחוב הארבעה 16, תל-אביב

טלפונים: 5615211, 5618535, פקס: 5613618

אתר האינטרנט: www.health.gov.il/cafc

סודי רפואי

ויתור על סודיות לשם קבלת מידע

כדי לטפל בפניה, הנך מתבקש לאפשר להארבעה לאסוף מידע מגורמים מקצועיים שנמצאים או נמצאו בעבר במגע עמך. הפניה אל הגורמים האחרים תעשה רק בהתאם לתוכן הפניה. נא מלא/י את המקומות בהתאם לצורך וחתום במקום המיועד. **כל האינפורמציה שתאסוף תשמר חסויה וסודית.**

הנני מסכים שתפנו לגורמים הרשומים מטה לשם קבלת מידע על: _____
ת.ז. _____.

1. גורם טיפולי שהיה או הינו מעורב:
א. פסיכולוג, עו"ס, פסיכותרפיסט _____ כתובת: _____
ב. רופא, פסיכיאטר _____ כתובת: _____
2. לשכה לשירותים חברתיים _____ כתובת: _____
3. גורם אחר _____ כתובת: _____
4. גורם אחר _____ כתובת: _____

שם הפונה: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

יש למלא את הספחים המופיעים להלן

ויתור על סודיות לשם העברת מידע להארבעה, משרד הבריאות, תל-אביב

הריני מאשר/ת ל: _____ שם הגורם
למסור מידע הקשור אלי: _____
להארבעה, משרד הבריאות, תל-אביב.

שם: _____ ת.ז. _____ חתימה: _____ תאריך: _____

ויתור על סודיות לשם העברת מידע להארבעה, משרד הבריאות, תל-אביב

הריני מאשר/ת ל: _____ שם הגורם
למסור מידע הקשור אלי: _____
להארבעה, משרד הבריאות, תל-אביב.

שם: _____ ת.ז. _____ חתימה: _____ תאריך: _____