

## טופס פנייה לשירות פסיכולוגי משלים

### פרטי ממלא הטופס:

שם משפחה:	_____	כתובת:	_____
שם פרטי:	_____	בן/בת זוג:	_____
ת"ז:	_____	ת"ז:	_____
ת.ל.:	_____	ת.ל.:	_____
טל' נייד:	_____	טל' נייד:	_____
טל' בבית:	_____	מצב משפחתי:	_____

### במידה וההפניה היא עבור ילד/ה:

שם הילד/ה:	_____	מוסד חינוכי:	_____
ת"ז:	_____	כיתה:	_____
ת.ל.:	_____	מורה/גננת:	_____

### סיבת ההפניה בקצרה:

---

---

---

---

### סוג השירות המבוקש (אנא הקף בעיגול):

1. טיפול רגשי פרטני
2. טיפול דיאדי
3. טיפול בהורות (הדרכת הורים)
5. טיפול קבוצתי
6. הדרכה מקצועית
7. אבחון פסיכודידקטי
8. אבחון פסיכולוגי (לצורך הדלגה למשל)

### שם המטפלת/מאבחנת המבוקשת באם ידוע: \_\_\_\_\_

### שימו לב!

\*התשלום עבור השירות בשפ"מ הינו מלא ואינו מסובסד.  
\*השירות ינתן לאחר הסדרת אמצעי התשלום מראש.  
\*על ביטול יש להודיע לפחות 24 שעות מראש או שתחויבו בתשלום עליו.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מלא: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_