

תאריך מילוי השאלון _____

שם המאבחן _____

שם ממלא השאלון _____

קרבתו המשפחתית למאבחן _____

הערות _____

קרבת דם בין ההורים (כגון בני דודים): יש/אין (אם יש, נא לפרט) _____
מוצא עדתי: _____

ברור גנטי: בוצע/לא בוצע (אם בוצע, נא לפרט) _____
מחלות ובעיות תורשתיות במשפחה: יש/אין (אם יש נא לפרט) _____

מהלך הריון: תקין/לא תקין (אם לא תקין נא לפרט) _____

מהלך לידה: תקין/לא תקין (אם לא תקין נא לפרט) _____

משקל לידה: _____

מהלך אחרי לידה: _____

מתי שמתם לב שישנה בעיה התפתחותית _____

מוטורית: הליכה מגיל _____

שפה: דיבור (מילים ראשונות, משפטים) מגיל _____

גיל שליטה בצרכים: ביום: _____ בלילה: _____

האם נמצא / היה במעקב המכון להתפתחות הילד? האם קיבל טיפולים פרא-רפואיים / משלימים

(ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, קלינאית תקשורת, אחר) _____

נא ציינו היסטוריית ברורים ומעקבים רפואיים ללא צורך באשפוז: _____

נא ציינו אשפוזים/ביקורים בחדרי מיון _____

פרוט ניתוחים: _____

פרוכסים/אפילפסיה (במידה ויש התקפים נא לציין תדירותם ומתי היה התקף אחרון): _____

מחלות רקע ידועות: _____

סוגי תרופות ומינוגים: _____

נספח מס' 1 - כתב ויתור סודיות נדרש חתום לקראת ההליך האבחוני

למילוי על ידי הורה / אפוסטרפוס / המוסמך

כתב ויתור סודיות רפואית ואחרת

אני המוסמך לטפל בענייניו של _____

1. נותן בזאת את הסכמתי להעביר כל חומר רקע לצורך ביצוע בדיקות אבחוניות ו/או ועדת אבחון שיסייע בקבלת החלטה אודות הנ"ל, לרבות חומר רפואי, סוציאלי, פסיכולוגי, פסיכיאטרי, חינוכי או אחר.

2. נותן בזאת את הסכמתי כי תוצאות בדיקות שיעבור המאובחן במרכז אבחון ו/או החלטת ועדת אבחון יועברו לכל גורם אליו יופנה המאובחן לצורך בירור/ הערכה/ טיפול ו/או הענקת שרות.

שם: _____

חתימה: _____

תאריך: _____

נספח מספר 2 (רשות)



רקע משפחתי:

הורים:

שם האב _____ ת.ז. _____ מצב בריאותי _____
שנת לידה _____ ארץ לידה _____ שנת עליה _____
טלפון נייד _____
השכלה _____ תעסוקה _____

שם האם _____ ת.ז. _____ מצב בריאותי _____
שנת לידה _____ ארץ לידה _____ שנת עליה _____
טלפון נייד _____
השכלה _____ תעסוקה _____

במידה וקיימים מטפלים נוספים קבועים שאינם הורים ביולוגיים, כגון משפחה אומנת, הורה חורג, סבים,
נא לפרט:

מצב משפחתי של המאובחן: רווק / נשוי / גרוש / ידוע בציבור / פרוד / אלמן / אחר

במידה והמאובחן/ת אינו רווק:

שם בן הזוג: _____ גילו: _____ עיסוקו: _____

מצבו הבריאותי _____

במידה ולמאובחן יש ילדים:

מס' סד'	שם הילד	מין	גיל	עיסוק	מצב בריאותי	מקום מגורים
1.						
2.						
3.						
4.						

האחים של המאובחן (כולל המאובחן):

מס' סד'	שם האח	תאריך לידה	מקום מגורים	מצב משפחתי	מקום לימודים/תעסוקה	מצב בריאותי
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

הערה: במידה ויש מעל 10 ילדים במשפחה, יש להוסיף עמודות בטבלה ולציין את כולם

שילוב במסגרות – מלידה ועד היום, כולל:

מסגרות חינוך (כולל גני ילדים):

שם המסגרת	מקום המסגרת	רגילה/מיוחדת	גילאים

מסגרות מגורים:

שנים	מקום המסגרת	אופי המסגרת (אומנה, מסגרת חוץ ביתית – פנימייה, הוסטל, מעון), אשפוז / אחר

מסגרות יומיות (תעסוקה ופנאי):

שנים	סוג התעסוקה (במה עובד, באיזו רמה, באילו פעילויות משתתף)	מקום המסגרת	אופי המסגרת - מסגרת יומית / מע"ש / מוגן / תעסוקה נתמכת / שוק חופשי / מסגרת פנאי / אחר

ציפיות לעתיד (מידת שביעות רצון מהמסגרת הנוכחית, מידת שביעות רצון מתוכניות אישיות, האם יש רצון בשינוי, האם יש כוונה לשלבו במסגרת מגורים חוץ ביתית), בקשות והערות:
