



טופס הפנייה לטיפול במחלקה לנוער וצעירים

שם +הגוף המפנה	_____	תאריך	_____
הפניה	_____	מפנה	_____
טלפון	_____	גורם	_____
פקס	_____		
<u>פרטים אישיים אודות הנער/ה:</u>			
שם	_____	ארץ	_____
פרטי	_____	עליה	_____
שם	_____	תאריך עליה	_____
משפחה	_____		
תאריך	_____	שם הורה 1	_____
לידה	_____		
מס' ת.ז.	_____	ת.ז. הורה	_____
	_____	1	_____
כתובת	_____	שם הורה 2	_____

טלפון	_____	ת.ז. הורה 2	_____
בית	_____		
נייד	_____	נייד הורה 1	_____
הנער	_____		
	_____	נייד הורה 2	_____
מסגרת	_____		



טלפון : 08-8519128
פקס : 8528977

מסגרות לימודיות קודמות:

יְסוּדִי _____

תִּיכּוֹן _____

הרכב משפחתי:

יחסים במשפחה:

תפקוד לימודי: (נוכחות, השקעה בלימודים, הישגים)

תפקוד התנהגותי חברתי:

תאור של הקשר עם הנער/ה: (עם צוות ביה"ס, מורה, הנהלה, יועצת, פסיכולוג) האם נערכו פעולות מיוחדות? (ישיבות לגבי הנער/ה הפניות)

מידע לגבי תפקוד אחה"צ ובבית (אם יש):

- לקויות למידה: כן / לא
- אבחונים: דידקטי / פסיכו דיאגנוסטי/הערכה פסיכיאטרית. (יש לצרף)
- האם נוטלת טיפול תרופתי? איזה? _____
- האם נתקיימה ועדת השמה / החלטה / אחר. (יש לצרף)
- האם ידוע על שימוש בסמים ואלכוהול: כן / לא. אם כן
פרט _____

קשר עם גורמים נוספים בקהילה בנוגע לנערה/ה (משטרה, ש.מ., שפ"ח, ביקור סדיר, לשכת
הרווחה, מעורבות עו"ס לחו"נ, כל גורם אחר). נא לפרט היכן ומה נעשה:

סיבת ההפניה:

מטרות ההפניה:



טלפון : 08-8519128
פקס : 8528977

הכנת הנערה/ה להפניה והסכמתו/ה:

הסכמת הורים לטיפול:

חתימת הורה 1 _____ חתימת הורה 2 _____

חתימת העובד _____ חתימת המנהל _____

- ** במידה וההורים גרושים, יש לקבל את הסכמת שני ההורים ****
- ** נא לצרף צילום ת.ז. של אחד ההורים ****
- ** נא לצרף אבחונים ודו"חות רלוונטים ****
- ** עם קבלת המקרה לטיפול עו"ס במחלקת נו"צ תקבע פגישת הכרות עם הגורם המפנה והמשפחה ****
- ** נא לוודא כי נתקבלה ההפנייה בטלפון המחלקה ****