



טופס הפנייה לטיפול במחלקה לנוער וצעירים

שם +הגוף המפנה _____ תאריך _____
הפניה _____
טלפון _____ גורם _____ מפנה _____
פקס _____

פרטים אישיים אודות הנער/ה:

שם פרטי _____
שם משפחה _____
תאריך לידה _____
מס' ת.ז. _____
כתובת _____
טלפון בית _____
נייד הנער _____
מסגרת _____
ארץ עליה _____
תאריך עליה _____
שם הורה 1 _____
ת.ז. הורה 1 _____
שם הורה 2 _____
ת.ז. הורה 2 _____
נייד הורה 1 _____
נייד הורה 2 _____
מייל נער _____

מייל הורים _____

מסגרות לימודיות קודמות:

יסודי _____

תיכון _____

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 _____
- האם יש צורך בסיוע כלכלי? כן/ לא (לא מובטחת עזרה)

קשר עם גורמים נוספים בקהילה בנוגע לנער/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:

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 ****