

טופס הפניית נער/ה לטיפול פסיכולוגי

תאריך הפניה: _____

יחידה לקידום נוער: _____ מחוז: _____

שם מנחה חינוך- טיפול: _____

שם המפנה: _____ תפקיד: _____ מס' טלפון: _____

שם הנער.ה: _____ ת. לידה _____ ת.ז. _____

מגדר: _____

מגזר: _____

ההורים:

שם מלא	הורה	הורה
כתובת		
טלפון		
עיסוק		
מצב משפחתי		
ארץ לידה ושנת עלייה		

סיבת ההפניה (תיאור קשיים מרכזיים)

רקע קצר על המשפחה: הרכב משפחתי, מס' אחים, מקומו של הנער בסדר הלידה, דפוסי תקשורת, מצב כלכלי, היסטוריה משפחתית [רפואית/פסיכיאטרית/רגשית]:

במידה וההורים גרושים, מיהו ההורה המשמורן: _____ מקום מגורים של הנער: _____

רקע התפתחותי, קשיי הסתגלות, אירועי חיים משמעותיים, משברים, טראומה, אלימות:

תפקוד: האם לומד/ת? מסגרת לימודית _____

האם עובד/ת? היכן: _____

רקע חברתי, תפקוד חברתי (מעגלים חברתיים, חרם, קשר זוגי, זהות מינית/מגדרית):

האם הנערה/ה עברה/ה אבחון כלשהו, דידקטי/ פסיכולוגי/ פסיכיאטרי? פרט:

האם נמצא/ת במצב סיכון? פרט:

תיאור כוחות וחזקות של הנערה/ה והמשפחה:

האם טופלה/ה בעבר? באיזו מסגרת? _____

האם קיימת הסכמת הורים לפנייה לטיפול? כן/לא (נא לצרף הסכמת הורים)

מידת המוטיבציה של הנערה/ה לטיפול: גבוהה מאוד / גבוהה / בינונית / נמוכה

הערות/ בקשות: _____
