

משרד הבריאות
הארבעה - מרכז רב מקצועי לטיפול פסיכולוגי
ילדים, נוער ומשפחה
מבוגרים
רחוב הארבעה 16, תל-אביב
טלפונים: 5615211, 5618535, 6202834 פקס: 5613618
אתר האינטרנט: www.health.gov.il/cafc

סודי רפואי

טופס פניה - מבוגרים (07.15)



לפונה למרכז הארבעה שלום רב,

עם פנייתך למרכז הארבעה הנך מתבקש/ת למלא את הטפסים המצ"ב ולענות על כל הפרטים, לפי מיטב הבנתך. העברת פרטים מלאים משפרת את יכולתנו להתייחס ביעילות ובמקצועיות לפנייה.

השאלון מורכב ממילוי פרטים בצורות שונות, אגף הקפידו לעקוב אחר ההנחיות ולמלא את כל הסעיפים. השאלון מתייחס הן לזכר והן לנקבה ללא כל העדפה. בכל מקום בו מצוין זכר או נקבה בלבד, הכוונה לכל מין, בהתאם.

הפרטים שימסרו בשאלון ישמרו בסודיות כפי שמעוגן בחוק, לא נבקש ולא נעביר מידע ללא אישורכם וללא טופס וויתור סודיות חתום על ידך. רצוי לצרף חומר נוסף (כמו בדיקה פסיכולוגית, דו"ח רפואי) העשוי לתרום לטיפול בפנייתכם.

מיד עם רישום הפניה בהארבעה, יישלח בדואר או במייל מכתב המאשר את קבלת הטפסים.

לידיעתכם: החל מתאריך 1.7.2015 הופעלה רפורמה במערך בריאות הנפש. רפורמה זו משמעותה שכל אזרח במדינה מבוטח גם בתחום בריאות הנפש באמצעות שירותי הבריאות (קופות החולים). נגזר מכך, שנדרש טופס 17 מהקופה לשם קבלת שירותי הערכה וטיפול במסגרת כל המרפאות הציבוריות-ממשלתיות, ובהן גם מרכז הארבעה.

בסוף ערכת פניה זו, מצורף **מכתב בקשה לטופס 17** (טופס התחייבות). יש לתלוש מכתב זה, למלא את הפרטים האישיים של המבקש/ת, ולפנות עם המכתב לקופה בה אתם מבוטחים. הדבר יעזור לקיצור התהליך ומניעת אי-הבנות.

נשמח לעמוד לרשותכם בכל שאלה או בעיה בהגשה או השגת הטופס הנדרש.

אילן מדר
פסיכולוג קליני בכיר, מדריך
מנהל הארבעה

לאחר מילוי הטופס יש להניחו בתיבה מס' 111, הנמצאת בצמוד למזכירות בבנין כלכלה וניהול.

סודי רפואי

טופס פניה - מבוגרים (07.15)

מרכז הארבעה מציע מגוון נרחב של טיפולים כגון; טיפול פרטני, משפחתי, קבוצתי, וייעוץ ממוקד מטרה. ההחלטה על סוג הטיפול המתאים לכל פניה נעשה לאחר תהליך קלט (אינטייק) ומתוך שיקול דעת מקצועי תוך שיתוף הפונה ובהסכמתו. הארבעה מציע גם טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT) בשילוב עם ביו-פידבק. הטיפול מיועד למקרים של חרדות כלליות או ממוקדות (כמו חרדת בחינות), שליטה על כעסים או התנהגויות אימפולסיביות, עידוד ושיפור יכולות של התמודדות למול מצבים מעוררי חשש ועוד.

לפרטים נוספים על סוגי הטיפול, ניתן לפנות בשעת קבלת קהל של השירות הפסיכולוגי לסטודנטים, כפי שמתפרסם בלוחות המודעות או באתר המכללה. פרטים נוספים על מרכז הארבעה, ניתן לקרוא באתר (הפניה בראש המסמך), או ב"דף מידע לפונים" אותו ניתן לקבל על ידי פניה למזכירות המרכז.

תאריך: _____

פרטים אישיים:

1. שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מין: _____ ת.ז.: _____ מצב משפחתי: _____
ת.לידה: _____ / _____ / _____ ארץ לידה: _____ שנת עלייה: _____
כתובת: _____ מיקוד: _____ דו"אל: _____
נא להקפיד על אותיות דפוס וכתב ברור

טל' בבית: _____ טל' נייד: _____ טל' בעבודה: _____
תעסוקה: _____ שנות לימוד: _____ תואר אקדמאי: _____ תחום: _____

2. א. באיזה קופת חולים אתם חברים: _____ סניף: _____ - חובה לצרף טופס 17 מתאים.

3. האם הייתה פניה קודמת להארבעה בהקשר אליך?:

כן לא, מתי? _____ ובהקשר לבן משפחה אחר? כן לא
מתי? _____ מי? _____

4. האם קבלת או מקבלת/יעוץ/טיפול נפשי? כן לא
(נא לפרט, תקופה, זמן, מסגרת וכו')

5. הגורם המפנה: עצמי אחר: _____
כתובת מלאה: _____ טל': _____

6. סיבות הפניה (תאר מהן הבעיות המצריכות פניה לטיפול):

7. האופן בו הקשיים או המצוקה באים לידי ביטוי כעת:

8. ציין הסתגלות בהווה: בעבודה, בלימודים במסגרות חברתיות או אחרות:

9. קשרים חברתיים ואינטימיים (ציין אם חלו שינויים לאחרונה - בדידות, מתחים או אחר):

10. רקע משפחתי ומבנה המשפחה:

שם	תאריך לידה	ארץ מוצא	שנת עליה	תעסוקה	שנות לימוד	מקום עבודה	מצב משפחתי	הערות
בן/בת זוג								
שמות הילדים (אם יש)								
קרובים אחרים הגרים עם הפונה								

11. מצב משפחתי: רווק/ה, נשוי/נשואה/נישואין מחדש, זוגות ללא נישואין, פרוד/ה, גרוש/ה, כל מבנה משפחתי ייחודי שהפניה לפרטיה איננה נותנת תמונה מלאה, אחר פרט/י: _____

בריאות גופנית של הפונה

12. מחלות כרוניות יש אין פרט/י: _____

13. האם קימות מחלות כרוניות במשפחה? כן לא פרט/י: _____

14. מחלות מיוחדות במשך ההתפתחות עם השפעות לטווח ארוך (כגון דלקת קרום המוח, דלקת פרקים): _____

15. חבלות יוצאות דופן כגון נפילה מגובה, איבוד הכרה, חום גבוה ללא סיבה, תאונה (ציין באיזה גיל אירעו): _____

16. האם אושפזת אי פעם בבי"ח כללי? כן לא פרט/י (באיזה גיל, מאיזו סיבה ולכמה זמן) _____

17. האם אושפזת אי פעם אשפוז פסיכיאטרי? כן לא פרט/י (באיזה גיל, מאיזו סיבה, ולכמה זמן) _____

18. האם עברת פגיעה / התעללות מינית? כן לא

19. האם הנך צורך/ת סמים? כן לא

20. אם הנך נוהג לשתות משקאות אלכוהוליים מידי יום? כן לא

21. נא למלא בתמציתיות:-

הערות	לא בעייתי כלל	בעייתי רק במעט	בעייתי	בעייתי מאד	
					מצב רוח ירוד
					שינה
					פעילות יתר
					יחסים חברתיים
					התנהגות חברתית
					התקפי חרדה
					התפרצויות זעם
					טיקים (עוויתות)
					מחשבות טורדניות
					פחדים ממוקדים
					מתח כללי

22. ציין רגישויות מיוחדות (במגע עם בגדים, מים, רעש, אור, ריח, אחר):

23. ציין קשיי שינה חלומות מטרידים פעילות יתר, ריכוז והתמדה:

24. הערות נוספות (ניתן להוסיף בדפים נוספים):

25. השאלון מולא בסיוע כן לא. אם כן, בעזרת מי? _____

חתימת הפונה

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

חתימה: _____ תאריך: _____

משרד הבריאות
הארבעה - מרכז רב מקצועי לטיפול פסיכולוגי
ילדים, נוער ומשפחה
מבוגרים
רחוב הארבעה 16, תל-אביב
טלפונים: 5615211, 5618535, פקס: 5613618
אתר האינטרנט: www.health.gov.il/cafc

סודי רפואי

ויתור על סודיות לשם קבלת מידע

כדי לטפל בפניה, הנך מתבקש לאפשר למרכז הארבעה לאסוף מידע מגורמים מקצועיים שנמצאים או נמצאו בעבר במגע עמך. הפניה אל הגורמים האחרים תעשה רק בהתאם לתוכן הפניה. נא מלא/י את המקומות בהתאם לצורך וחתום במקום המיועד.
כל האינפורמציה שתואסף תשמר חסויה וסודית.

הנני מסכים שתפנו לגורמים הרשומים מטה לשם קבלת מידע על: _____
ת.ז. _____.

1. גורם טיפולי שהיה או הינו מעורב:
א. פסיכולוג, עו"ס, פסיכותרפיסט _____ כתובת: _____
ב. רופא, פסיכיאטר _____ כתובת: _____
2. לשכה לשירותים חברתיים _____ כתובת: _____
3. גורם אחר _____ כתובת: _____
4. גורם אחר _____ כתובת: _____

שם הפונה: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

יש למלא את הספחים המופיעים להלן

ויתור על סודיות לשם העברת מידע להארבעה, משרד הבריאות, תל-אביב

הריני מאשר/ת ל: _____ שם הגורם
למסור מידע הקשור אלי: _____
להארבעה, משרד הבריאות, תל-אביב.

שם: _____ ת.ז. _____ חתימה: _____ תאריך: _____

ויתור על סודיות לשם העברת מידע להארבעה, משרד הבריאות, תל-אביב

הריני מאשר/ת ל: _____ שם הגורם
למסור מידע הקשור אלי: _____
להארבעה, משרד הבריאות, תל-אביב.

שם: _____ ת.ז. _____ חתימה: _____ תאריך: _____

משרד הבריאות
המרכז הקהילתי לבריאות הנפש - יפו
הארבעה - מרכז רב מקצועי לטיפול פסיכולוגי
ילדים, נוער ומשפחה
מבוגרים

סודי רפואי

תאריך: _____

לכבוד

קופת חולים _____

מחוז _____

סניף _____

הנדון: בקשה לטופס התחייבות עבור למנוי אבחוני (אינטייק) למרכז הארבעה

המטופל/ת: _____ ת.ז.: _____ פנה למרכז הארבעה
לשם קבלת טיפול.

נבקשכם להנפיק טופס 17 לפי הקוד הבא, לשם קבלת טיפול מתאים.

קטין:

L0770 מנוי אבחוני - קוד משרד הבריאות

מבוגר:

L0771 מנוי אבחוני - קוד משרד הבריאות

בסיום מימוש התחייבות זו, ובמידה ויהיה צורך בכך, נפנה אליכם לקבלת התחייבות נוספת
בצמוד לדו"ח רפואי, למנוי קצר/ארוך.

בתודה מראש,

בהת'יה חן
בהירה חן
רכזת מזכירות

אילן מזר
פסיכולוג קליני בכיר, מדרין
מנהל הארבעה

המידע המוכלל במסמך זה מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות "המוסרו שלא כדין עובר עבירה"

הארבעה 16, תל אביב-יפו, טלפונים: 5615211, 5618535, 6202834 פקס: 5613618
שלוחות: המכללה האקדמית תל אביב-יפו, תחנות לטיפול במשפחה ובנישואין (ר"ג, ת"א), מיזם הפר"ח בגני