בס"ד

אחיה טיפול
התפתחות הילד וטיפולי מים
אחיה - המרכז הרב תחומי להצלחת הילד
למידה • הכשרה • טיפול • ידע

הורים ומטופלים נכבדים,

כחלק מהטיפול נבקשכם למלא את הפרטים הבאים באופן מדויק ומפורט
ישנה חשיבות רבה למידע המתקבל מכם - לטיפול יעיל בפנייתכם.

תאריך מילוי השאלון: _____

פרטים אישיים:

שם משפחה: _____ שם פרטי : _____ מין ז/נ : _____ תעודת זהות: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ת. לידה עברי: _____ ת.לידה לועזי: _____ כתובת: _____

טלפון בית: _____ נייד: _____ דוא"ל: _____קופ"ח: _____

ביטוח משלים: _____ האם קיימת הוראת קבע בקופ"ח?_____

מסגרת חינוכית (שם המוסד): _____ ☐ חינוך רגיל ☐ חינוך מיוחד טלפון במוסד: _____

שפה מדוברת בבית: _____ שפה מדוברת במסגרת החינוכית: _____

בני משפחה:

שם האב: _____ טלפון נייד אב: _____ עיסוק: _____

שם האם: _____ טלפון נייד אם: _____ עיסוק: _____

פנייה לטיפול:

תחום הטיפול אליו הופניתם: ☐ הידרותרפיה ☐ שחיה טיפולית ☐ אחר _____

גורם מפנה: ☐ הורים ☐ פיזיותרפיסט/ית ☐ נוירולוג/ית ☐ אורתופד/ית ☐ רופא/ת משפחה ☐ אחר _____

סיבת הפניה: חובה לסמן

☐ עיכוב התפתחותי
☐ ADHD קושי בקשב וריכוז
☐ תסמונת דאון
☐ שיתוק מוחין (CP)
☐ Spina Bifida (ספינה ביפידה)
☐ ASD
☐ מחלת רקע _____

☐ טורטיקוליס / בעיה אורטופדית אחרת: _____
☐ סרבול מוטורי / חולשת חגורת כתפיים /יציבה
☐ טונוס שרירים נמוך/גבוה
☐ קשיי התנהגות
☐ קשיי התארגנות

☐ קושי רגשי / חרדות
☐ תקשורת (הדדיות, קשר עין, מיומנויות חברתיות)
☐ אילמות סלקטיבית
☐ אחר _____

אבחונים וטיפולים נוספים:

אבחנה (אם יש): _____

בעיות בריאותיות/אבחנות נוספות: _____

_____

האם טופל בעבר: _____

טיפולים נוספים שמקבל כיום: _____

האם סובל מפרכוסים כן / לא

תרופות על בסיס קבוע: _____