



מרפאת "ניצנים" לילדים ונוער

תאריך: _____

יש להחזיר את השאלון מלא
וחתום ע"י 2 ההורים לפקס מס'
03-5552780

טופס קבלה למרפאה

שם ממלא השאלון: _____

פונה יקר,

אנו מודים על פנייתך למרפאת ילדים ונוער "ניצנים".
השאלון שלפניכם נוער להבהיר את מצב הילד/ה שלגביו/ה פניתם. תשובתכם תסייע לנו
להתחיל את תהליך ההערכה והאבחון.
הפרטים בשאלון ישמרו בסודיות ככל חומר רפואי
לא ניצור קשר עם שום גורם המוזכר בשאלון ללא ידיעתכם ובהסכמתכם בכתב.

פרטים על הילד/ה המופנה

שם משפחה:	שם פרטי:	זכר/נקבה:
תאריך לידה:	ת. זהות	מקום לידה:
שנת עליה:	כתובת הרשומה בת.ז. של הורה:	עיר:
טל' בבית:	שם האם/טל' נייד	שם האב/טל' נייד
לומד בכיתה:	בית ספר:	הגן
קופ"ח	שם המרפאה:	שם הרופא המטפל:
חינוך: רגיל/מיוחד/סוג		

מצב משפחתי של ההורים: נשוי/פרוד/גרוש/אלמן/חד הורי



מרפאת "ניצנים" לילדים ונוער

קרובי משפחה הגרים עם הילד/ה:

קרבה	שם	ש. לידה	מקום לידה	ש. עליה	השכלה	תעסוקה/לימודים
אב						
אם						

פנייה נוכחית:

אנא פרט את סיבת פנייתך למרפאה:

האם הופנית ע"י גורם כלשהו למרפאה? _____ באם כן, אנא צרף את טפסי ההפניה.

כמה זמן קיימת הבעיה: _____
האם לדעתכם הבעיה הופיעה בעקבות אירוע שאתם יכולים להצביע עליו? כן/לא פרט:

מה גרם לפניה דווקא עכשיו? _____

ביוזמת מי הייתה הפיה? _____
האם הילד/ה יודע/ת על הפניה כן/לא מדוע:

מרפאת "ניצנים" לילדים ונוער

האם יש או היה לכם קשר עם גורם טיפולי בנוגע לילד/המופנה? (לדוגמא: פסיכולוג,
עו"ס, פסיכיאטר, רופא, יועצת כן/לא פרט: _____

האם הילד/ה המופנה עבר אבחון פסיכולוגי כן/לא, היכן ומתי? _____

האם הילד/ה הסבל/ה בעבר ממחלה נפשית או גופנית והאם הית/ה מאושפז/ת כן/לא
אם כן אנא פרט היכן היה מאושפז/ת: _____ ומתי?
האם הילד/ה היה/תה בטיפול נפשי בעבר: כן/לא. _____
האם ביצע/ה ניסיונות אובדניים בעבר: כן/לא. באם כן, אנא פרט _____

כעת, בעת פנייתך, האם יש לך/לה מחשבות על אובדנות? כן/לא. אם כן פרט _____

האם הוא/היא מקבל/תרופות באופן קבוע? (שם התרופה) _____

התפתחות הילד:

האם ההיריון היה מתוכנן ורצוי: _____
האם מהלך ההיריון היה תקין? כן/לא פרט: _____
נולד בשבוע: _____
האם הלידה הייתה תקינה: כן/לא פרט: _____
משקל בלידה: _____
בעיות רפואיות אחרי הלידה? כן/לא פרט: _____
האם ינק? כן/לא כמה זמן: _____
הזנה לאחר הנקה: _____
אלרגיות למזון: _____
האם היו או קיימות עדיין בעיות שינה? לא/כן, באיזה גיל _____
תאר: _____

באיזה גיל החל ללכת? _____ לדבר? _____
גיל גמילה מחיתולים _____
באיזה גיל הלך למטפלת? _____ למעון _____ לגן _____
האם היו קשיי פרידה כשהלך לגן? לא/כן, פרט _____

האם יש בעיות בלימודים/בעיות משמעת/בעיות חברתיות/בעיות התנהגות קשות? _____

האם ידוע על שימוש בסמים כלשהם או היה שימוש בעבר? אם כן, פרט _____



מרפאת "ניצנים" לילדים ונוער

האם ידוע על שימוש באלכוהול? כן/לא, פרט _____

האם ידוע על הליך משפטי כלשהו: כן/לא _____

האם הינך יודע על הליך תביעה כנגד חברת ביטוח: כן/לא _____

האם הילד/ה מקבל/ת עזרה בלימודים (מורה משלבת מבי"ס/מורה פרטית/חינוך מיוחד)
לא/כן, פרט: _____

האם הילד מקבל טיפול רגשי/התנהגותי בביה"ס בשפ"ח _____ פרטי _____

קופ"ח _____ תוכנית "שדות" _____ "הד ספייס" _____

האם קיימים אירועים משמעותיים שהשפיעו על הילד/ה והתנהגותו כן/לא, פרט _____

ציפיות מהטיפול: _____

הערות: _____

תודה על שיתוף הפעולה,
צוות מרפאת "ניצנים"



מרפאת "ניצנים" לילדים ונוער

מרפאת ילדים ונוער "ניצנים"
רחוב קרן קיימת 15, בת-ים
טלפון 5552634
פקס 5552780

הצהרה בדבר הסכמת שני ההורים לבדיקה/מתן טיפול נפשי/תרופתי לבנם/בתם

בהתאם להנחיית היועץ המשפטי הפניית קטין (עד גיל 18) לטיפול נפשי דורשת
הסכמת שני ההורים במידה והם גרושים או פרודים.

אנו מאשרים בזאת את הפניית בנו / בתנו לבדיקה/לטיפול נפשי.

הסכמת האב:	הסכמת האם:
שם משפחה _____	שם משפחה _____
שם פרטי _____	שם פרטי _____
ת.ז. _____	ת.ז. _____
חתימה _____	חתימה _____
תאריך _____	תאריך _____
טלפון _____	טלפון _____

.....עד לחתימה

.....עד לחתימה

שאלון DSM (להורים)

שם הילד _____ תאריך לידה _____ ת.ז. _____

תאריך מילוי השאלון _____ ממלא/ת השאלון: אם, אב, מורה, ילד.

1.	האם לעיתים קרובות מתקשה להתרכז בפרטים או טועה כתוצאה מחוסר תשומת לב בשיעורי בית, עבודה או פעילות אחרת?	כן	לא
2.	האם לעיתים קרובות יש לו קושי להתרכז בפעולות או במשחק הדורשים ריכוז ממושך?	כן	לא
3.	האם לעיתים קרובות יש רושם שאינו מקשיב כאשר מדברים אליו ישירות?	כן	לא
4.	האם לעיתים קרובות אינו עוקב אחר הוראות ומתקשה לסיים פעילות בבית ספר או מטלות אחרות (לא עקב אי הבנת ההוראות או התנגדות)?	כן	לא
5.	האם לעיתים קרובות יש לו קושי בארגון משימות או פעילויות?	כן	לא
6.	האם לעיתים קרובות נמנע, אינו מעונין או משתתף בעל כורחו במשימות הדורשות מאמץ מחשבתי ממושך(לדוגמא פעילות בבית ספר או שיעורי בית)?	כן	לא
7.	האם לעיתים קרובות שוכח חפצים הדרושים לבצוע מטלה או פעילות (לדוגמא: צעצועים, הוראות לשיעורי בית, כלי כתיבה וספרים)?	כן	לא
8.	האם לעיתים קרובות מוסח על ידי גורמים חיצוניים?	כן	לא
9.	האם לעיתים קרובות שוכח או מפחד בפעילויות יום – יומית?	כן	לא
10.	האם לעיתים קרובות מניע בעצבנות את ידיו ורגליו או נע באופן מוגזם על הכסא?	כן	לא
11.	האם לעיתים קרובות קם ממקומו בשעור או במצבים אחרים בהם מצופה ממנו להתמיד ולשבת?	כן	לא
12.	האם לעיתים קרובות, באופן מוגזם, רץ או מטפס במצבים בהם פעילות זו אינה מתאימה?	כן	לא
13.	האם לעיתים קרובות יש לו קושי לשחק או להשתתף בפעילות שקטה בזמנו הפנוי?	כן	לא
14.	האם לעיתים קרובות נמצא בתנועה או מתנהג כאלו "מופעל ע"י מנוע"?	כן	לא
15.	האם מדבר באופן מוגזם?	כן	לא
16.	האם לעיתים קרובות עונה תשובה לפני שסיימו לשאול את השאלה?	כן	לא
17.	האם לעיתים קרובות יש לו קושי להמתין לתורו?	כן	לא
18.	האם לעיתים קרובות מתפרץ או נכנס ללא רשות לדברים או למשחקים של אחרים?	כן	לא

שאלון DSM (למסגרות חינוכיות)

שם הילד _____ תאריך לידה _____ ת.ז. _____

תאריך מילוי השאלון _____ ממלא/ת השאלון: אם, אב, מורה, ילד.

1.	האם לעיתים קרובות מתקשה להתרכז בפרטים או טועה כתוצאה מחוסר תשומת לב בשיעורי בית, עבודה או פעילות אחרת?	כן	לא
2.	האם לעיתים קרובות יש לו קושי להתרכז בפעולות או במשחק הדורשים ריכוז ממושך?	כן	לא
3.	האם לעיתים קרובות יש רושם שאינו מקשיב כאשר מדברים אליו ישירות?	כן	לא
4.	האם לעיתים קרובות אינו עוקב אחר הוראות ומתקשה לסיים פעילות בבית ספר או מטלות אחרות (לא עקב אי הבנת ההוראות או התנגדות)?	כן	לא
5.	האם לעיתים קרובות יש לו קושי בארגון משימות או פעילויות?	כן	לא
6.	האם לעיתים קרובות נמנע, אינו מעונין או משתתף בעל כורחו במשימות הדורשות מאמץ מחשבתי ממושך(לדוגמא פעילות בבית ספר או שיעורי בית)?	כן	לא
7.	האם לעיתים קרובות שוכח חפצים הדרושים לבצוע מטלה או פעילות (לדוגמא: צעצועים, הוראות לשיעורי בית, כלי כתיבה וספרים)?	כן	לא
8.	האם לעיתים קרובות מוסח על ידי גורמים חיצוניים?	כן	לא
9.	האם לעיתים קרובות שוכח או מפחד בפעילויות יום – יומית?	כן	לא
10.	האם לעיתים קרובות מניע בעצבנות את ידיו ורגליו או נע באופן מוגזם על הכסא?	כן	לא
11.	האם לעיתים קרובות קם ממקומו בשעור או במצבים אחרים בהם מצופה ממנו להתמיד ולשבת?	כן	לא
12.	האם לעיתים קרובות, באופן מוגזם, רץ או מטפס במצבים בהם פעילות זו אינה מתאימה?	כן	לא
13.	האם לעיתים קרובות יש לו קושי לשחק או להשתתף בפעילות שקטה בזמנו הפנוי?	כן	לא
14.	האם לעיתים קרובות נמצא בתנועה או מתנהג כאלו "מופעל ע"י מנוע"?	כן	לא
15.	האם מדבר באופן מוגזם?	כן	לא
16.	האם לעיתים קרובות עונה תשובה לפני שסיימו לשאול את השאלה?	כן	לא
17.	האם לעיתים קרובות יש לו קושי להמתין לתורו?	כן	לא
18.	האם לעיתים קרובות מתפרץ או נכנס ללא רשות לדברים או למשחקים של אחרים?	כן	לא

מרפאת ילדים ונוער "ניצנים"
רחוב ניצנה 14, בת-ים
טלפון : 5552634

תאריך מילוי השאלון : _____

שאלון לגנות

הנדון : _____

הנ"ל הופנה למרפאת ילדים ונוער "ניצנים" לאיבחון וטיפול.
נמסר לנו כי הוא מבקר בגנך, ולכן נודה לכם אם תמציאו לנו דו"ח מפורט על מצבו(ה) בגן, בהתייחס לשאלות
הבאות :

1. פרטים על הגן :
תת חובה לגילאי _____ גן חובה _____
 2. מספר הילדים בגן _____
 3. כמה זמן נמצא הילד בגן _____
 4. הופעתו החיצונית _____

 5. הרגלי נקיון _____

 6. מה מצב ראיתו _____
שמיעתו _____
 7. רמת הדבור (האם הוא מדבר ברור? ; אם לא – מה הקשיים? ; האם מקבל טיפול והיכן?)

 8. רמת ההבנה של הילד (מבין הוראות פשוטות/מורכבות/ספורים וכו')

 9. השליטה המוטורית _____
 10. רמת הציור (האם עדיין משרבט או שמצייר ברמה גבוהה יותר? האם יוצר ומשתמש בדמיון?)

- במידת האפשר, נא לצרף ציורים
11. רמת המשחק (האם משתמש בדמיון? משחק מגוון/חד גוני/ הרסני או בונה)

מרפאת ילדים ונוער "ניצנים"
רחוב ניצנה 14, בת-ים
טלפון : 5552634

12. האם משתף פעולה בפעילות מאורגנת (האם הוא פאסיבי/יוזם/יוצא דופן וכד')

13. בשעת "רכוז" (התנהגות, טווח קשב ורכוז) _____
14. האם הוא מגלה נטיה לפעילות יתר וחוסר שקט (מחוץ לשעת הרכוז) _____
15. האם נכשל בהשלמת משימות בהן החל ומדוע? _____
16. במידה ודרישותיו אינן מסופקות מיד, האם הוא מרגיש תסכול וכיצד מגיב? _____
17. האם בוכה בקלות ובאיזו שכיחות? _____
18. האם ישנם שינויים קיצוניים במצב הרוח? _____
19. האם ישנה התנהגות בלתי צפויה (כגון התקפי זעם, התפרצויות וכו') _____
20. כיצד משחק עם חבריו (האם מרבה לריב או שמסתדר עימם? האם הוא מקובל או נדחה מבחינה חברתית? האם אוהב לשחק עם צעירים או מבוגרים ממנו? התנהגות בחדר המשחקים)

21. הקשר עם ההורים (הילד עם הוריו וההורים עם צוות הגן) _____
22. סכמו את קשייו המיוחדים _____
23. טיפולים מיוחדים (גנת שי"ח/פיזיותרפיה/רפוי בעיסוק) והתגובה לטיפול _____
24. טיפול תרופתי (במידה ומקבל) והתגובה לו _____

שם ותפקיד ממלא/ת השאלון _____
שם הגן וכתובתו _____
טלפון _____



מרפאת "ניצנים" לילדים ונוער

שאלון הערכת ילדים ע"ש קונרס
(למסגרת חינוכית)

פרטי הילד _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____

תאריך הערכה _____

מעריך : הורה / מורה

הוראות : ציין/ני X במקום התאים בכל שורה

הרבה מאד	הרבה	במקצת	בכלל לא	תצפיות
				1. חסר מנוחה, פעילות יתר
				2. מתרגש ביותר, פזיז
				3. מפריע לילדים אחרים
				4. אינו מצליח לסיים דברים שהתחיל, טווח קשב קצר
				5. מתנועע במקום כל הזמן
				6. מפוזר, דעתו מוסחת בקלות
				7. דורש ספוק מיידי, מתוסכל בקלות
				8. מצב רוח משתנה באופן מהיר וקיצוני
				9. בוכה לעתים קרובות
				10. התפרצויות זעם, התנהגות בלתי ניתנת לחיזוי

תצפיות נוספות של המורה/ההורה

הערות



מרפאת "ניצנים" לילדים ונוער

שאלון הערכת ילדים ע"ש קונרס(עבור ההורים)

פרטי הילד _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____

תאריך הערכה _____

מעריך: הורה / מורה

הוראות: ציין/י X במקום התאים בכל שורה

תצפיות	בכלל לא	במקצת	הרבה	הרבה מאד
1. חסר מנוחה, פעילות יתר				
2. מתרגש ביותר, פזיז				
3. מפריע לילדים אחרים				
4. אינו מצליח לסיים דברים שהתחיל, טווח קשב קצר				
5. מתנועע במקום כל הזמן				
6. מפוזר, דעתו מוסחת בקלות				
7. דורש ספוק מיידי, מתוסכל בקלות				
8. מצב רוח משתנה באופן מהיר וקיצוני				
9. בוכה לעתים קרובות				
10. התפרצויות זעם, התנהגות בלתי ניתנת לחיזוי				

תצפיות נוספות של המורה/ההורה

הערות
