

## טופס מותאם למילוי במחשב



### 3. שולחים

שלחו את הטופס בדואר אלקטרוני או בפקס בהתאם להנחיות המפורטות מטה.



### 2. ממלאים

מלאו את הטופס. אם יש צורך בחתימה, מלאו את שמכם וסמנו  בתיבת הסימון לצד שמכם.

אל תשכחו לשמור (Save).

בטפסים בהם נדרשת חתימה ידנית לא ניתן לחתום דרך המחשב. הדפיסו את המסמך וחתמו עליו בעט.



### 1. שומרים

הורידו את הקובץ ושמרו אותו על המחשב באמצעות כפתור Download

### הקובץ לא נפתח?



יש לפתוח את הקובץ באמצעות הגרסה העדכנית של תוכנת אדובי רידר (Adobe Reader). אם התוכנה אינה מותקנת על המחשב שלך, [ניתן להוריד אותה בחינם מאתר Adobe](#)

אם התוכנה מתריעה שיש להוריד חבילת גופנים (Fonts), יש לאשר ולהתקין אותה לפי ההוראות. לא הצלחת? [למידע נוסף על פתיחת קבצי PDF והתקנת תוכנת אדובי רידר](#)

### לתשומת לבך!



מידע הנשלח באמצעות דואר אלקטרוני עלול להיחשף בפני גורמים לא רצויים ברשת האינטרנט.

משלוח מידע למכבי שירותי בריאות באמצעות דואר אלקטרוני, פוטר את מכבי שירותי בריאות מאחריות לדליפת המידע לגורמים לא רצויים ברשת האינטרנט, וזאת בטרם הגיע המידע אל מכבי שירותי בריאות.

## להורים שלום,

הפניה למכון להתפתחות הילד נעשית על פי שיקול דעת מקצועי של הרופא/ה המטפל/ת. באם הרופא/ה המטפל/ת מחליט/ה כי יש להפנות למכון זה, הוא/היא יעניק/תעניק להורים הפנייה רפואית ייעודית לכך. בצירוף ההפניה הרפואית, יש למלא את ערכת הטפסים הבאה:

• שאלון הורים

• שאלון גנן/ת או שאלון מורה, בהתאם למסגרת החינוכית בה שוהה הילד/ה.

את השאלונים יש למלא במלואם. במידה ויש ברשותך מסמכים כדוגמת תוצאות, אבחונים ובדיקות יש לצרפם. לא תתקבל פניה למכון ללא מילוי מלא של כל השאלונים.

את הטפסים המלאים כולל הפנית הרופא יש לשלוח בפקס, בדוא"ל או בדואר כמפורט בטבלה מטה, או להעביר פיזית למרכז הרפואי הקרוב למקום מגוריכם. מזכירות המכון תיצור אתכם קשר לקביעת זימון לאבחון בטווח של עד שבועיים מקבלת הערכה המלאה. במהלך האבחון מתבצע תשאול לגבי בעיותיו ההתפתחותיות של הילד/ה. לשיקול דעתם של ההורים אם הילד/ה יהיה/תהיה נוכח/ת במעמד זה. לשמירה על רצף הטיפול, מומלץ להמשיך את הטיפול במכון שבו התבצע האבחון.

## הסכמה לשליחת סיכומי אבחון / טיפול בהתפתחות הילד בדואר רגיל או דוא"ל

אני הח"מ מאשר/ת ומסכים/ה בזאת כדלהלן:

נמסר לי שככלל, "מכבי שירותי בריאות" נוהגת לשלוח מסמכים הכוללים מידע רפואי בדואר רשום בלבד. יחד עם זאת, אני מאפשר/ת ל"מכבי שירותי בריאות" להעביר אלי את החומר הרפואי באחת מן האפשרויות הבאות:

משלוח בדואר אלקטרוני, לכתובת

משלוח בדואר רגיל, לכתובת

צפיה במסמכים באתר לבעלי סיסמא למכבי Online, בכתובת [online.maccabi4u.co.il](http://online.maccabi4u.co.il)

כל זאת בכפוף לקבלת הסכמתי המפורשת, תוך ידיעה שהסיכום כולל מידע רפואי אודות ילדי. ידוע לי, כי משלוח בדואר רגיל אינו ניתן למעקב כמו משלוח בדואר רשום, וכי בהגעת הסיכום לכתובת המגורים שלי, קיים סיכון שהנ"ל יימסר למישהו אחר חוץ ממני, ולא באופן אישי לידי, על כל המשתמע מכך. בהתאם לכך, אני פוטר/ת את מכבי מכל אחריות בקשר לאי-הגעת הסיכום לידי או לעיון בו על-ידי מי שאינו מורשה לכך על-ידי. ולראיה באתי על החתום:

תאריך מילוי השאלון  /  /   
שם הילד/ה   
ת.ז (9 ספרות)

## חתימת ההורים

הקלדת שם מלא וסימון וי יחשבו כחתימה.

הורה 1   הורה 2

**לתשומת לבך!**



גם במקרה של הורים נשואים וגם במקרה של הורים גרושים - חובה על 2 ההורים לחתום גם יחד.

## בחירת מכון

מומלץ לבחור את המכון הקרוב ביותר למקום המגורים. המכון הנבחר ילווה את ילדכם משלב האבחון ועד לקביעת הטיפול.

**כרמיאל | מכבי כרמיאל** השושנים 128  
טלפון: 04-9027222, פקס: 073-2132747  
carmiel-misrad@mac.org.il

**מודיעין | מכבי מודיעין עלית** אבני נזר 46  
טלפון: 08-9141800, פקס: 073-2284427  
modine\_kds@mac.org.il

**מודיעין-מכבים-רעות | המרכז לבריאות הילד מודיעין**  
עמק דותן 53, טלפון: 08-9735666, פקס: 073-2284426  
modin\_kds@mac.org.il

**נהריה | מכבי נהריה** אחד העם 8  
טלפון: 04-9878400, פקס: 073-2284309  
naharia\_misrad@mac.org.il

**נצרת עלית | מכבי נצרת עלית** מעלה יצחק 14  
טלפון: 04-6508888, פקס: 073-2284310  
nazaret\_child@mac.org.il

**נתיבות | מכבי נתיבות** ד"ר סמלו יוסף 10  
טלפון: 08-6267255, פקס: 073-6267265  
b7\_child@mac.org.il

**נתניה | מכבי נתניה מרכז** שד בנימין 21  
טלפון: 09-8924260, פקס: 073-2132093  
sharon\_nt\_yeled@mac.org.il

**כפר סבא | מכבי כפר סבא** רפפורט 3  
טלפון: 09-7478130, פקס: 073-2132096  
sharon\_yeled@mac.org.il

**פתח תקוה | מכבי פתח תקוה** העצמאות 65  
טלפון: 03-9392630, פקס: 073-2132090  
sharon\_pt\_yeled@mac.org.il

**קרית מוצקין | מכבי קרית מוצקין** שד בן גוריון 80/א  
טלפון: 04-8781555, פקס: 076-8893515  
hit\_chiled\_mzknn@mac.org.il

**ראשון לציון | מכבי מרכז המכונים** לישנסקי יוסף 1  
טלפון: 03-9634777, פקס: 073-2284407  
machon-kds@mac.org.il

**רחובות | מכבי מרכז המכונים רחובות** שושן אריה 1  
טלפון: 08-6866716, פקס: 073-2132483  
e\_r\_chailde@mac.org.il

**שפרעם | מרכז רפואי שפרעם** כמאל ג'ונבלאט

**תל אביב | מכבי השלום (גם לתושבי אילת)** יגאל אלון 96  
טלפון: 03-7614060, פקס: 03-7178291  
hashalomch@mac.org.il

**תל אביב | מכבי יפו** התקומה 36  
טלפון: 03-5122122, פקס: 03-2284262  
hashalomch@mac.org.il

**אור יהודה | מכבי אור יהודה** אופירה 1  
טלפון: 03-7614060, פקס: 03-7178291  
hashalomch@mac.org.il

**אילת | מכבי אילת** שד התמרים 39  
טלפון: 08-6364848, פקס: 073-2132773  
eilat\_office@mac.org.il

**אלעד | מכבי אלעד מזרח** רבי יהודה הנשיא 94  
טלפון: 03-5771330, פקס: 073-2132771  
elad-e@mac.org.il

**אשדוד | מכבי אשדוד ז** רשב"י 15  
טלפון: 08-8688132, פקס: 073-2284713  
ashdodz\_child@mac.org.il

**אשקלון | מכבי אשקלון** הגבורה 3  
טלפון: 08-6747703, פקס: 073-2284748  
ashkelon\_child@mac.org.il

**באר שבע | מכבי מרכז רפואי נגב** התקוה 4  
טלפון: 08-6267255, פקס: 073-2132489  
b7\_child@mac.org.il

**בית שמש | מרכז מכונים בית שמש** נחל דולב 19  
טלפון: 02-5061999, פקס: 073-2284425  
bshem\_kds@mac.org.il

**בני ברק | מכבי בני ברק** רבי עקיבא 86  
טלפון: 03-5771313, פקס: 073-2132139  
bnebrak\_ch@mac.org.il

**זכרון יעקב | מכבי זכרון יעקב** הרצל 48  
טלפון: 04-6398262, פקס: 073-2284321  
zichron\_yakov@mac.org.il

**חולון | מכבי חולון צאלים** צאלים 9  
טלפון: 03-5085666, פקס: 073-2284408  
zelim\_kds@mac.org.il

**חיפה | מכבי גרנד קניון** גולן שמחה 54  
טלפון: 04-8796920, פקס: 073-2284336  
ckpost-child@mac.org.il

**יקנעם | מכבי יקנעם** שד יצחק רבין 9, יקנעם עלית  
טלפון: 04-9936100, פקס: 073-2284319  
yokneam-hithayeled@mac.org.il

**ירושלים | מכבי ירושלים** אגריפס 42  
טלפון: 02-6461900, פקס: 073-2132204  
roter\_kds@mac.org.il

**ירושלים | מכבי מזרח ירושלים** אל-אספהאני 8  
טלפון: 02-6281255, פקס: 076-8893319  
estjrlm-kds@mac.org.il

## כללי

הבקשה מורכבת מ-2 שאלונים. שאלון למילוי על-ידי ההורה ושאלון למילוי על-ידי הגורם החינוכי. יש להכין מראש טופס הפניה מהרופא ואת המסמכים הרלוונטיים ולצרפם לבקשה. לתשומת לבך, יש למלא את השאלונים בכתב ברור ובעט שחור בלבד.

גורם מפנה	שם ממלא/ת השאלון	תאריך מילוי השאלון / /
סיבת הפניה למכון		

## פרטי הילד

שם פרטי	שם משפחה	מין <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה
ת.ז. (9 ספרות)	תאריך לידה / /	ארץ לידה

מסגרת חינוכית  גן / מעון  בית ספר  בבית עם הורה  בבית עם מטפלת/ת  אחר

## פרטי המשפחה

מצב משפחתי  נשוי/אה  חד-הורית  גרושה  אחר

כתובת	דואר אלקטרוני

## פרטי הורה 1

שם	ת.ז. (9 ספרות)	ארץ לידה
שנת לידה	שנת עליה (לא חובה)	מספר שנות לימוד
עיסוק	טלפון נייד	טלפון נוסף (לא חובה)
מידע נוסף שברצונך להוסיף (לא חובה)		
בעיות התפתחותיות אצלך בעבר ו/או בריאותיות בהווה (ליקויי למידה, קשיי קשב, בעיות בריאות)		

פרטי הורה 2

שם _____	ת.ז. (9 ספרות) _____	ארץ לידה _____
שנת לידה _____	שנת עליה (לא חובה) _____	מספר שנות לימוד _____
עיסוק _____	טלפון נייד _____	טלפון נוסף (לא חובה) _____
מידע נוסף שברצונך להוסיף (לא חובה) _____		
בעיות התפתחותיות אצלך בעבר ו/או בריאותיות בהווה (ליקויי למידה, קשיי קשב, בעיות בריאות) _____		

איש קשר לקביעת תורים       הורה 1     הורה 2     אחר      שם \_\_\_\_\_      טלפון נייד \_\_\_\_\_

האם קיימת קרבת דם בין ההורים?       כן     לא      אם כן, יש לפרט \_\_\_\_\_

האם הנכם דוברי עברית?       כן     לא      אם לא, יש לפרט \_\_\_\_\_

האם ילדך/תך חשוף/ה לשפות אחרות?       כן     לא      אם כן, יש לפרט \_\_\_\_\_

פרטי ילדים נוספים במשפחה

שם _____	מין _____	שנת לידה _____	בעיות בריאותיות והתפתחותיות _____
שם _____	מין _____	שנת לידה _____	בעיות בריאותיות והתפתחותיות _____
שם _____	מין _____	שנת לידה _____	בעיות בריאותיות והתפתחותיות _____
שם _____	מין _____	שנת לידה _____	בעיות בריאותיות והתפתחותיות _____
שם _____	מין _____	שנת לידה _____	בעיות בריאותיות והתפתחותיות _____

יש לפרט אם נערכה בדיקה במכון להתפתחות הילד או נערך אבחון על ידי מרפאה בעיסוק \_\_\_\_\_

## מידע התפתחותי

יש לסמן האם מבצע/ת - כן / לא. יש לפרט את הקושי בהערה. אם התחום אינו רלוונטי עבור ילדך, ניתן לסמן 'לא רלוונטי'.

### יכולות מוטוריות בסיסיות

שכיבה על הבטן והרמת ראש בנשיאת משקל על הידיים

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

היפוך מגב לבטן דרך שני הצדדים

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

היפוך מבטן לגב

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

זחילת גחון

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

זחילת שש

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

קימה לעמידה

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

ישיבה

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

הליכה בתמיכה

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**הליכה עצמאית**

כן  לא  לא רלוונטי   
מה ברצונך להוסיף?

**פעילות בידיים**

**הושטת יד למשחק**

כן  לא  לא רלוונטי   
מה ברצונך להוסיף?

**העברת חפץ מיד ליד**

כן  לא  לא רלוונטי   
מה ברצונך להוסיף?

**הקשת שני חפצים**

כן  לא  לא רלוונטי   
מה ברצונך להוסיף?

**מחיאית כף**

כן  לא  לא רלוונטי   
מה ברצונך להוסיף?

**שפה ודיבור**

**מלמול - השמעת צלילים וקולות**

כן  לא  לא רלוונטי   
מה ברצונך להוסיף?

**צחוק בקול**

כן  לא  לא רלוונטי   
מה ברצונך להוסיף?

**תגובה לקול**

כן  לא  לא רלוונטי   
מה ברצונך להוסיף?

**תגובה לקריאה בשם הפרטי**

כן  לא  לא רלוונטי   
מה ברצונך להוסיף?

**יצירת קשר עין**

כן  לא  לא רלוונטי   
מה ברצונך להוסיף?

**מזון**

**האם יונק/ת?**

כן  לא  לא רלוונטי   
מה ברצונך להוסיף?

**אכילה מבקבוק**

כן  לא  לא רלוונטי   
מה ברצונך להוסיף?

**אכילה בעזרת כפית**

כן  לא  לא רלוונטי   
מה ברצונך להוסיף?

**אכילת מחיות**

כן  לא  לא רלוונטי   
מה ברצונך להוסיף?

**אכילת מוצקים**

כן  לא  לא רלוונטי   
מה ברצונך להוסיף?

**אכילה עצמאית**

כן  לא  לא רלוונטי   
מה ברצונך להוסיף?

**האם יש פליטות?**

כן  לא  לא רלוונטי   
מה ברצונך להוסיף?



**כללי**

רגישות לגירויים חושיים: מגע, שמיעה, ריח, טעם, ראייה, תנועה

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

משחק לבד ללא תיווך של מבוגר

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

ויסות עצמי - הרגעות, שימוש במוצץ / אצבע

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**הרדמות**

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**שינה**

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

הבחנה בין זרים למשפחה

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**מידע רפואי**

יש למלא את כל הפרטים ולחתום בסוף הטופס.

כן  לא

מהלך הריון ולידה תקינים

אם לא, יש לפרט

כן  לא

בעיות רפואיות

אם כן, יש לפרט

7 מתוך 7

לא  כן

קבלת תרופות באופן קבוע

אם כן, יש לפרט

לא  כן

האם נערכו בדיקות ראייה?

אם כן, יש לפרט את תוצאות הבדיקה. ניתן לצרף את התוצאות בהמשך.

לא  כן

האם נערכו בדיקות שמיעה?

אם כן, יש לפרט את תוצאות הבדיקה. ניתן לצרף את התוצאות בהמשך.

**בהתאם להנחיות משרד הבריאות**  
הטיפולים כרוכים בתשלום השתתפות עצמית.

**חתימת ההורים**

הקלדת שם מלא וסימון וי יחשבו כחתימה.

תאריך

הורה 2

הורה 1

1 מתוך 5

## שלום לגננות/ת של

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

הילד/ה הופנה אלינו לאבחון התפתחותי. נודה לך על מילוי השאלון על מנת לקבל תמונה עדכנית לגבי התפקוד במעון / גן. יש למלא את כל הפרטים. לתשומת לבך, יש למלא את השאלונים בכתב ברור ובעט שחור בלבד.

## למילוי על-ידי ההורה

תאריך מילוי השאלון \_\_\_\_\_ ת.ז. (9 ספרות) \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_ מין \_\_\_\_\_  
 זכר  נקבה / / / /

## למילוי על-ידי הגננות/ת

שם הגננות/ת \_\_\_\_\_ שם המעון / גן \_\_\_\_\_ מספר הילדים במעון / גן \_\_\_\_\_ גילאי הילדים במעון / גן \_\_\_\_\_  
 כתובת המעון / גן \_\_\_\_\_ יישוב \_\_\_\_\_ טלפון המעון / גן \_\_\_\_\_ טלפון הגננות/ת \_\_\_\_\_

סוג המעון / גן  מעון  גן מיוחד  גן פרטי  
 האם ניתן סיוע במעון / גן?  כן  לא

אם כן, יש לפרט \_\_\_\_\_

## מידע התפתחותי

יש לסמן את התפקוד והפעילות בתחומים שלפניך ולפרט את הקושי בהערה. אם התחום אינו רלוונטי ניתן לסמן 'לא רלוונטי'. יש להתייחס הן להישגים והן למידת ההשתתפות בגן בפעילויות אלו.

### יכולות מוטוריות בסיסיות

שכיבה על הבטן והרמת ראש בנשיאת משקל על הידיים

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף? \_\_\_\_\_

היפוך מגב לבטן דרך שני הצדדים

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף? \_\_\_\_\_

היפוך מבטן לגב

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף? \_\_\_\_\_

**זחילת גחון**

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**זחילת שש**

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**קימה לעמידה**

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**ישיבה**

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**הליכה בתמיכה**

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**הליכה עצמאית**

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**שפה ודיבור**

**מלמול - השמעת צלילים וקולות**

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**צחוק בקול**

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**תגובה לקול**

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**תגובה לקריאה בשם הפרטי**

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**יצירת קשר עין**

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**פעילות בידיים**

**הושטת יד למשחק**

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**העברת חפץ מיד ליד**

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**הקשת שני חפצים**

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**מחיאת כף**

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**מזון**

**האם יונק/ת?**

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**אכילה מבקבוק**

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**אכילה בעזרת כפית**

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**אכילת מחיות**

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**אכילת מוצקים**

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**אכילה עצמאית**

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**האם יש פליטות?**

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**כללי**

**רגישות לגירויים חושיים: מגע, שמיעה, ריח, טעם, ראייה, תנועה**

בהתאם לגיל  קושי קל  קושי משמעותי  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**משחק לבד ללא תיווך של מבוגר**

בהתאם לגיל   
  קושי קל   
  קושי משמעותי   
  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**ויסות עצמי - הרגעות, שימוש במוצץ / אצבע**

בהתאם לגיל   
  קושי קל   
  קושי משמעותי   
  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**הרדמות**

בהתאם לגיל   
  קושי קל   
  קושי משמעותי   
  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**שינה**

בהתאם לגיל   
  קושי קל   
  קושי משמעותי   
  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**הבחנה בין זרים למשפחה**

בהתאם לגיל   
  קושי קל   
  קושי משמעותי   
  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

**התרשמות כללית**

יש למלא את כל הפרטים ולחתום בסוף הטופס.

לא   
  כן

ביקור סדיר במעון?

אם לא, יש לפרט

הופעה חיצונית  מהו הקושי העיקרי להתרשמותך שבו צריך עזרה עבור הילד/ה?

**חתימת הגנן/גננת**

הקלדת שם מלא וסימון וי יחשבו כחתימה.

שם מלא  תאריך  /  /