

טופס פנייה לשירות פסיכולוגי משלים

פרטי ממלא הטופס:

שם משפחה:	_____	כתובת:	_____
שם פרטי:	_____	בן/בת זוג:	_____
ת"ז:	_____	ת"ז:	_____
ת.ל.:	_____	ת.ל.:	_____
טל' נייד:	_____	טל' נייד:	_____
טל' בבית:	_____	מצב משפחתי:	_____

במידה וההפניה היא עבור ילד/ה:

שם הילד/ה:	_____	מוסד חינוכי:	_____
ת"ז:	_____	כיתה:	_____
ת.ל.:	_____	מורה/גננת:	_____
מין:	_____		

אנא פרטו בקצרה את סיבת הפנייה:

אנא סמנו את סוג השירות המבוקש:

- ☐ טיפול פרטני ילד/נוער (עד גיל 18)
- ☐ טיפול דיאדי (הורה-ילד)
- ☐ טיפול בהורות (הדרכת הורים)
- ☐ טיפול קבוצתי
- ☐ הדרכה מקצועית
- ☐ אבחון פסיכולוגי
- ☐ אבחון פסיכודידקטי

שם המטפל/ת המבוקש/ת באם ידוע: _____

שימו לב!

*השירות ניתן בתשלום מלא, בהתאם לתעריפי השפ"מ, לאחר הסדרת אמצעי התשלום. ניתן להגיש בקשה לסבסוד מקופות החולים, באחריות המטופל.

*על ביטול יש להודיע לפחות 24 שעות מראש. ללא הודעה תחויבו על הטיפול.

תאריך: _____

שם האב: _____ חתימה: _____

שם האם: _____ חתימה: _____

למשלוח הטופס ופרטים נוספים:

טלפון: 04-6969781 פקס: 04-6961360

מייל: shapah-briut@megolan.org.il