

משפחה									
שם:	ת.ז.	טל:	טל בבית:	גיל:					
מייל:	מקום לימודים:		תאריך לידה:						
מספר אחים	מיקומו/ה במשפחה	גיל הבכור	גיל הקטן	מתוכם נשואים	תאריך מילוי:	הורים נשואים כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			
כתובת: קופת חולים: כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> בטוח משלים/אחר: _____									
קצת על האבא:									
קצת על האמא:									
קצת על האחים:									
איך שמעתם עלינו:									
סיפור ראשוני (רקע)									
מה הכי מציק/רוצים לשפר היום									
התפתחותי									
<input type="checkbox"/> לידה לא חלקה					פרט:				
<input type="checkbox"/> התפתחות לא בתקן					פרט:				
גיל שדיבור מילים ראשונות:					משפטים:		פרט:		
<input type="checkbox"/> קיבל/ה טיפולים פרא רפואיים כגון: פיזיותרפיה, הידרותרפיה, ריפוי בעיסוק / קלינאית תקשורת וכו'									
פרט:									
<input type="checkbox"/> בעיות רפואיות בעבר/היום: פרט:									
רגישות לאוכל: <input type="checkbox"/> חלב <input type="checkbox"/> סוכר לבן <input type="checkbox"/> כל סוכר <input type="checkbox"/> קמח לבן <input type="checkbox"/> אחר:									
רגישות לאור/קול/מגע יתר <input type="checkbox"/> נמוכה <input type="checkbox"/>			הרטבת לילה: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לפעמים			שעות שינה בלילה:			
כמה ארוחות מזינות אוכל ביום:					פרט:				
נא לסמן: (1) כלום (2) קצת (3) כן (4) מאוד									
סרבול מוטורי		לא אוהב אופניים							
אנרגטי		מתקשה להירדם							
שוכח בקלות		שינה לא עמוקה							
הבנה שטחית		מתקשה לקום בבוקר							
		קושי בראיה/מיקוד							

השפעת תרופות שלקח/ה (1) כלום (2) קצת (3) מספיק (4) מאוד

תרופה	מינון	ממתי	עד מתי	עזר (1-4)	הרעה (1-4)	הערות (תופעות לוואי ויעילות)

תחום לימודי (1) מעל הממוצע (2) ממוצע (3) מעט מתחת הממוצע (4) הרבה מתחת הממוצע

תחום	ציון	פרט	תחום	ציון	פרט
קריאה			מלאכה		
הבנת הנקרא			עונה לעניין		
כתב			הקשבה		
כתיב			התארגנות		
שפה			מתעסק		
גמרא/משנה/חומש			מוטיבציה		
חשבון					

תחום חברתי (1) כלום (2) קצת (3) כן (4) מאוד

תחום	ציון	פרט	תחום	ציון	פרט
מסתבך עם חברים/מורים/הורים			חוסר סדר וניקיון		
לא מגיעים חברים לבית			תחרותי		
לא מבין שפת גוף/לא מילולית			לא יודע להגיד לא		
נקפא במצבים חברתיים			קורבן לבריונות		
			התנהגות קשה		

רגשי (1) כלום (2) קצת (3) כן (4) מאוד

תחום	ציון	פרט	תחום	ציון	פרט
ביישן			מקובע		
פרפקציוניסט			ערך עצמי נמוך		
קשה לו לדחות סיפוקים			נוטה לפחד		
רגיש			דיכאוני		
חרדה חברתית			פתיל קצר		
חרדה על דברים/חיות וכו'			פעיל		
חרדה על מאורעות			אלים		

הערות נוספות:

הטיפול והפיקוח ע"י גב' דבורה אסייג (פסיכולוגית קלינית) בקליניקה של ארגון הילדים שלנו ע"ר. סודיות מובטחת - אני מבקש/ת את עזרת הארגון עבור בני/בתי ונותנים בזאת אישור להעביר במידת הצורך, חומר רפואי, פרא רפואי, חינוכי, ו/או התפתחותי למטפלים או גורמים מוסמכים לצורך המשך הטיפול. אני מודע כי לאנשים מסוימים האמונים לא מועילים ומתחייב שלא לתבוע ו/או לפגוע בזכויות הארגון או במי מטעמו מכל סיבה שהיא: שם _____ חתימה _____