

בט"ד

טופס התייעצות מקצועית

שאלון הורים

שכוי 

אבחון רגשי מקצועי

שערי הצלחה 
מומחים בטיפולים רגשיים

הורים יקרים!

ראשית, מעריכים אנו את פנייתכם למוקד 'שכוי', מוקד האבחון וההכוון החינמי של 'שערי הצלחה' מתוך דאגה כנה לגורל ילדכם. בטוחים אנו כי תהיו שותפים פעילים לכל אורך הדרך אותה נעשה יחד למען הצלחת ילדכם-יקירכם.

מצ"ב שאלון מקצועי ומקיף, שנבנה במאמץ משולב של טובי המומחים ב'שערי הצלחה', ומטרתו אחת: לתת את מירב הכלים שיסייעו למאבחן שלנו, לזהות במהירות המרבית את מוקד ושורש הבעיה עמה מתמודד ילדכם, למפות את כוחותיו ותכונותיו, ולכוון את התהליך הטיפולי הנדרש.

לאור זאת, חשוב מאוד שתעברו על השאלון בשימת לב ראויה ובכובד ראש. מלאו את כל פרטיו, גם אם הם נראים לכם שוליים או בלתי רלוונטיים. התמונה המלאה העולה מכל רכיבי השאלון היא שתביא את הצלחת האבחון, כמו גם ההכוון הטיפולי בהמשך.

אם ישנם אבחונים שנערכו לילד בעבר, צרפו גם אותם, גם אם לא נראה לכם שיש בהם צורך.

לאחר שתסיימו לענות על השאלון,

שלחו אותו למשרדנו, או לידי: sechvi20@gmail.com למס' פקס: 0722-154484 או לכתובת מייל המזכירות בסניפי שערי הצלחה.

חשוב לציין כי כל המידע חסוי ודיסקרטי כמתבקש בערכי התורה וע"פ נוהלי החוק

הרב משה דירנפלד

מרצה ויועץ רב תחומי
יו"ר שערי הצלחה

אלי ברמן

עו"ס ויועץ חינוכי MA
מנהל מקצועי

פרטי הילד והמשפחה

תאריך: _____ ממלא הטופס: _____

שם הילד: _____ משפחה: _____

ת.ז. ילד: _____ טל': _____ - _____

רח': _____ מספר: _____ עיר: _____

ת. לידה: _____ קופ"ח: _____ ביטוח משלים: _____

שם האב: _____ פל': _____

עיסוק: _____ מייל: _____

שם האם: _____ פל': _____

עיסוק: _____ מייל: _____

מוסד לימוד: _____ שפת אם: _____ שפות נוספות: _____

מספר הילדים במשפחה: _____ גילם: _____ מיקום הילד במשפחה: _____

סיבת הפניה

פחדים, מופנמות, התפרצויות, רגישות יתר, פגיעות או התנהגות מוחצנת כגון חוצפה, בעיות התנהגות בבית ובביה"ס או בישיבה, אלימות, קושי להסתגל למסגרות, קושי רוחני וכו': _____

מהלך ההריון והלידה, סיבוכים בלידה, מומים מולדים וכו' (לפרט): _____

האם הילד/ה עבר משבר / פגיעה מהסביבה / חברים: _____

נטילת תרופות: _____ מבחינה רפואית/ניתוחים: _____ מחלות: _____

התפתחות הילד/ה

התפתחות כללית של הילד מהלידה ועד היום (ציין גם מתי התחילו הקשיים בכל תחום שהוא)

מבחינה מוטורית קפיצה, קפיצה על רגל אחת, רכיבה על אופניים וכד.

האם נעשה אבחון התפתחותי? כן / לא **נא לצרף מסמכים**

סיכום האבחון.

מתלבש/ת בבוקר מהר? לבד?

מוטוריקה עדינה, גזירה, הדבקה וכו' _____

גיל התחלת הדיבור, מילים, משפטים וכו' _____

האם נעשה אבחון קלינאית תקשורת? כן / לא **נא לצרף מסמכים**

סיכום האבחון _____

בעיות תחושה סנסורית _____

האם נעשה אבחון? כן / לא **נא לצרף מסמכים**

בדיקות ואבחונים נוספים

בדיקות שמיעה, ראייה, מיקוד ואחרות אם נערכו בבדיקות? כן / לא **נא לצרף מסמכים**

יש לציין מתי, ומה היו התשובות עליהן _____

האם בוצע אבחון/ יעוץ להוראה מתקנת / ועדת השמה? כן / לא **נא לצרף מסמכים**

סיכום האבחון: _____

אבחונים שנערכו (התפתחותי, דידיקטי, נירולוגי, פסיכולוגי, מוקסו וכו'): האם נעשה אבחון

קלינאית תקשורת? כן / לא **נא לצרף מסמכים**

התנהלות כללית

עצמאות, אחריות, ביצוע מטלות וכד' _____
מקלחת ושירותים בנורמה (דברים חריגים) _____
יחס לשיעורי הבית _____
סדר וניקיון _____
רקע לימודי _____
מבחינה חברתית _____
התנהגות מתאימה לגיל? _____

אופי הילדה:

רגישויות, פחדים ומצבי רוח, מוטיבציה, התפרצויות, מופנמות, תקשורת או רגישויות אחרות

כשרונות וכוחות, העסקה עצמית, תחביבים, מנהיגות, עשיית חסד _____

האם הילד מעוניין להגיע לטיפול? _____
האם הילד מודע לקשייו? _____

במסגרת הלימודית:

סמכות ומשמעת למורה, הקשבה לשיעורים, ציונים ממוצע שנה אחורה, תלונות מהמחנך

השתלבות בחברה _____
התנהגות במוסד הלימודים _____

מה שמעתם באסיפת הורים _____
איך היה בגן ובכיתות הנמוכות _____

בבית ובסביבות:

_____ התנהגות
_____ עזרה בבית
_____ עזרה בקניות
_____ סדר יום
_____ דרך ארץ להורים
_____ קשר עם אבא
_____ קשר עם אמא
_____ קשר עם אחים ואחיות
_____ חברה
_____ התנהגות בשולחן שבת
_____ לימוד עם ההורים
_____ בריאות במשפחה
_____ מצב רגשי מיוחד בבית
_____ מה הכי מפריע לכם ההורים עם הילד _____

סיכום - חובה

הרבה	קצת	בכלל לא	א. ביטחון עצמי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. דימוי וערך עצמי נמוך
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. רגישות יתר, בכיינות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. מופנמות וסגירות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. פגיעות, נעלב מהר
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. מפחד לנסות

הרבה	קצת	בכלל לא	ב. חרדות ופחדים
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. חיות-מקקים, כלבים
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2. מחבלים, גנבים
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3. מחלות, מוות
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4. דאגנות יתר, היסטריה
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5. לחץ חברתי -מה יגידו עליו
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	6. חרדה חברתית -מפחד לדבר/להופיע
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	7. סיזטים בלילה מתעורר / מתקשה להירדם
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	8. עבר טראומה/ אירוע חריג
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	9. אילמות סלקטיבית (לא מדבר) במקומות מסוימיים עם אנשים או ילדים מסוימיים

הרבה	קצת	בכלל לא	ג. התנהגות
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. אימפולסביות, תגובה מהירה
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2. פתיל קצר, כועס מהר
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3. מגיב בעוצמה, מריבות
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4. ניהול סיכונים - לא מחושב
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5. משקר - נוטל ללא רשות

הרבה	קצת	בכלל לא	ד. סמכות ומשמעת
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. חוצפה, חוסר דרך ארץ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2. מתקשה לקבל הוראות
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3. מנסה גבולות ופירצות
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4. מאחר ומתקשה לעמוד בזמנים

הרבה	קצת	בכלל לא	ה. אופי
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. מפוזר ומבולגן, חוסר סדר
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2. תמיד מוותר, לא עומד על שלו

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. חייב לשלוט ולהיות במרכז
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. קושי לזוטר, קושי להתגמש
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. לא לוקח אחריות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. נוקשות, מוקבעות-פרפקציוניזם
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. מסתיר, משנה ואינו אומר מה חושב, מה קרה באמת
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. אוהב לדמיין

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. קשב וריכוז
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. מתקשה לשבת זמן רב
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. מוסחות וקושי בריכוז
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. זיכרון חלש, תמיד שוכח משהו
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. רחפנות חי לעצמו ולא שם לב לסביבה

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ז. קושי חברתי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. אינו מודע שהתנהגותו גורמת לתגובות שליליות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. לא מתעניין בסביבה ואינו שם לב לזכויות וחובות החברה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. מתקרב מידי לזולת, נוגע בילדים או בחפצים שלא בהתאם
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. קושי בשינויים - חוסר פרגמטיות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. מרגיש בודד
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. מאד פגיע
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. חושב שלא מבינים אותו
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. חוסר טקט וקודים חברתיים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. קושי ביחסי גומלין
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. עובר מנושא לנושא
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. חוסר מוטיבציה ושאיפות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. לא מבין רמזים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. לא מבין בדיחות

14. מפרש בחוסר פורפורציה

ח. מטוריקה **בכלל לא** **קצת** **הרבה**

1. סירבול מוטורי בהליכה - טיפוס

2. קושי ברכיבה על אופניים, חוסר שיווי משקל, נתקל

3. לפעמים הליכה לצדדים

4. מוטוריקה עדינה, חגורת כתפיים

5. כתיבה לא ברורה, קושי בשזירה, הדבקה ודיוק

6. מתלכלך באוכל, משאיר בלאגן, לא נקי

ט. שפה **בכלל לא** **קצת** **הרבה**

1. גימגום

2. קושי בהבעת רגשות

3. חוסר הגייה

4. אוצר מילים דל

5. אינו משתתף בחוויות

י. תחושה - סנסורי עודף / חוסר **בכלל לא** **קצת** **הרבה**

1. מפריע לו תוויות, בגדים, מים, מרקמים מסוימים

2. מרגיש צורך לגעת, אוהב מגע חום

3. כוסס ציפורנים, מחזיק בפה

4. לא מסתדר עם מאכלים מסוימים

5. מפריע לו / נהנה מריח מסוים

6. מחבק חיבוק דוב

7. מפריע לו/ נהנה לשמוע מוזיקה ורעשים בקולי קולות

שלום לכם לקוחות יקרים!

אנו שמחים לתת לכם את השירות הטוב והמועיל ביותר, הגשנו לכם שאלון מקצועי ומקיף וחשוב מאוד למלאות. את כולו, כך נוכל לתת לכם המלצות לטיפול ממוקד ומוצלח

בכל שאלה, אשמח לעמוד לשרותכם, במייל או להשאיר לי הודעה דרך המזכירה, באם אתם מתקשים במילוי השאלון, המזכירות תשמחנה לעזור לכם.

לאחר היעוץ צוות המשרד יצור אתכם קשר בכדי להתחיל את סדרת המפגשים.

אם הנכם מעוניינים בשיחה אישית טלפונית או פרונטלית עם היועץ, צרו קשר עם המזכירות על מנת לתאם פגישה.

בברכת הצלחה מרובה,

אתכם ובשבילכם

אסתי יעקובי

מנהלת שערי הצלחה

אימייל: esti@sharei.org.il

בכדי לקצר לכם את הליכי הבירוקרטיה מול קופות החולים אנו מביאים לידיעתכם את המידע בכדי שתוכלו כבר מעכשיו להתארגן ולמנוע זמן המתנה מיותר.

תשלום	טפסים והתחייבויות	קופת חולים
45 ש"ח על כל טיפול השתתפות עצמית	הפניה מרופא משפחה (חד פעמי)	כללית
השתתפות עצמית משולמת בקופה	הפניה לטיפול רגשי, הגדרת הילד בקופת חולים כילד רגשי, כרטיס מגנטי בכל טיפול	מכבי
השתתפות עצמית משולמת בקופה	טופס התחייבות, כרטיס מגנטי בכל טיפול, מס אשראי לפיקדון	מאוחדת
השתתפות עצמית משולמת בקופה	טופס התחייבות מספר אשראי לפיקדון	לאומית

בכדי להתחיל סדרת טיפולים נדרש להביא 6 התחייבויות מראש