

## טופס מותאם למילוי במחשב



### 3. שליחה

יש לשלוח את הטופס בדואר אלקטרוני או בפקס, בהתאם להנחיות שמפורטות מטה



### 2. מילוי הטופס

יש למלא את הטופס. אם יש צורך בחתימה, יש למלא את שמך ולסמן  בתיבת הסימון לצד שמך



### 1. שמירה

יש להוריד את הקובץ ולשמור אותו על המחשב באמצעות כפתור Download

לא לשכוח לשמור (Save)

בטפסים בהם נדרשת חתימה ידנית לא ניתן לחתום דרך המחשב. יש להדפיס את המסמך ולחתום עליו בעט

### 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 שנשלח 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,

ההפניה 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 פנייה 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

אמא / אבא \_\_\_\_\_  אמא / אבא \_\_\_\_\_

**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 ילדך/ילדתך משלב האבחון ועד לקביעת הטיפולים

**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 נוף הגליל** 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: 076-8893813  
netivotm\_yeled@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

**צפת | מכבי מרכז רפואי צפת** הגדוד השלישי 39  
טלפון: 04-8473222, פקס: 073-2284345  
zefat@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  
טלפון: 04-9865707, פקס: 073-2284316  
zfn\_shraam@mac.org.il

**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: 03-5771313, פקס: 073-2132139  
bnebrak\_ch@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: 03-5771313, פקס: 073-2132139  
bnebrak\_ch@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: 073-2284423  
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 עילית  
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

**כרמיאל | מכבי כרמיאל** השושנים 128  
טלפון: 04-9027222, פקס: 073-2132747  
carmiel-misrad@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/ה 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 הפנייה למכון		

## פרטי הילד/ה

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

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

## פרטי המשפחה

מצב משפחתי  נשוי/אה  חד-הורית/ת  גרושה/ה  אחר

כתובת	דואר אלקטרוני
-------	---------------

## פרטי ההורים

שם	ת.ז. (9 ספרות)	<input type="radio"/> אב <input type="radio"/> אם
ארץ לידה	שנת לידה	שנת עליה (לא חובה)
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)		

2 מתוך 7

שם  (9 ספרות)   אב  אם

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/אשת קשר לקביעת תורים  אחר  אבא  אמא

שם  טלפון נייד

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

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

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

**פרטי ילדים/ות במשפחה**

שם <input type="text"/>	מין <input type="text"/>	שנת לידה <input type="text"/>	בעיות בריאותיות והתפתחותיות <input type="text"/>
שם <input type="text"/>	מין <input type="text"/>	שנת לידה <input type="text"/>	בעיות בריאותיות והתפתחותיות <input type="text"/>
שם <input type="text"/>	מין <input type="text"/>	שנת לידה <input type="text"/>	בעיות בריאותיות והתפתחותיות <input type="text"/>
שם <input type="text"/>	מין <input type="text"/>	שנת לידה <input type="text"/>	בעיות בריאותיות והתפתחותיות <input type="text"/>
שם <input type="text"/>	מין <input type="text"/>	שנת לידה <input type="text"/>	בעיות בריאותיות והתפתחותיות <input type="text"/>

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/תך, אפשר לסמן 'לא רלוונטי'

### יכולות מוטוריות בסיסיות

#### היפוך מבטן לגב

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

#### היפוך מגב לבטן דרך שני הצדדים

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

#### שכיבה על הבטן והרמת ראש בנשיאת משקל על הידיים

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?

#### מחיאת 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?

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/ת לבד ללא תיווך של מבוגר/ת

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

ויסות עצמי - הירגעות, שימוש במוצץ / אצבע

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

יכולת להירדם בקלות

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

הרגלי שינה תקינים

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

הבחנה בין זרים למשפחה

כן  לא  לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

סיכום כללי (לא חובה)

## מידע רפואי

יש למלא את כל הפרטים ולחתום בסוף הטופס

לא  כן

מהלך הריון ולידה תקינים

אם לא, יש לפרט \_\_\_\_\_

לא  כן

בעיות רפואיות

אם לא, יש לפרט \_\_\_\_\_

לא  כן

קבלת תרופות באופן קבוע

אם כן, יש לפרט \_\_\_\_\_

לא  כן

האם נערכו בדיקות ראייה?

אם כן, יש לפרט את תוצאות הבדיקה. אפשר לצרף את התוצאות בהמשך \_\_\_\_\_

לא  כן

האם נערכו בדיקות שמיעה?

אם כן, יש לפרט את תוצאות הבדיקה. אפשר לצרף את התוצאות בהמשך \_\_\_\_\_

## חתימת ההורים

הקלדת שם מלא וסימון וי ייחשבו כחתימה

תאריך לידה \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

אם / אב \_\_\_\_\_

אם / אב \_\_\_\_\_