

טופס פנייה לשמ"ר

פרטי ממלא הטופס

שם משפחה: _____ כתובת: _____
שם פרטי: _____ בן/ת הזוג: _____
מס' ת. זהות: _____ מס' ת. זהות: _____
תאריך לידה: _____ ת. לידה: _____
טלפון נייד: _____ טל' נייד: _____
טלפון בבית: _____ מצב משפחתי: _____

(במידה וההורים גרושים יש לצרף טופס הסכמה לטיפול/אבחון מההורה השני)

במידה והפנייה עבור ילד/ה

שם: _____ תאריך לידה: _____ ת.ז: _____
מוסד חינוכי: _____ כתה _____
סיבת הפנייה: _____

סוג השירות המבוקש (הקף בעיגול)

1. טיפול רגשי
2. טיפול זוגי/משפחתי
3. גישור במשפחה
4. אבחון _____
5. ריפוי בעיסוק
6. ריפוי בדיבור
7. תיאום הורי
8. הדרכת הורים
9. טיפול דיאדי

* אחר: _____

שם המטפל המבוקש: _____

- התשלום עבור השירות בשמ"ר הנו מלא ולא מסובסד.
- התשלום יעשה ע"י הסדר לחיוב חודשי בכרטיס אשראי או בתחילת כל פגישה. ניתן גם לשלם באמצעות כרטיס אשראי בטלפון בשעות הפעילות ב', ג', ה' 16:00-20:00 וביום ו' בין השעות 8:00 ל-14:00.
- **שימו לב! רק הודעה על ביטול לפחות 24 שעות מראש לא תחויב.**

חתימה: _____

תאריך: _____

