

תאריך: _____

שאלון הכרות

1. פרטים אישיים של הילד המופנה

שם משפחה:	שם פרטי:	ז / נ
תאריך לידה:	מס' ת.ז.:	
ארץ לידה:	תאריך עליה:	
שפה מדוברת בבית:	שפה מדוברת במסגרת החינוכית:	
כמה זמן במסגרת חינוכית זו:		
כתובת:	מייל:	
טל' בית:	נייד אב:	נייד אם:

2. פרטי ההפניה

א.	האם קיימים קשיים התפתחותיים במשפחה, הורים, אחים (כולל שיתוק מוחין, פיגור, אוטיזם - PDD, קשיי למידה).
ב.	יוזם ההפניה: הורה/רופא גננת/מורה טיפת חלב.
ג.	סיבת ההפניה:
ד.	פנייה ראשונית למכון: כן / לא

3. פרטים משפחתיים

שם האם:	עיסוק:	שנות לימוד:
מצב בריאותי	מצב משפחתי:	נשואה, פרודה, גרושה, אלמנה, רווקה
שם האב:	עיסוק:	שנות לימוד:
מצב בריאותי	מצב משפחתי:	נשואה, פרודה*, גרושה*, אלמנה, רווקה
❖	האם קיימת קרבת דם בין ההורים: כן / לא	
❖	האם יש ילד נוסף המוכר למכון: כן / לא שם הילד: _____	

* יש למלא טופס הורים גרושים (ראה עמוד 5)

4. פרטי ילדי המשפחה

שם	מין	תאריך לידה	מסגרת חינוכית	קשיים רפואיים / התפתחותיים / התנהגותיים / לימודיים
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

					6.
					7.
					8.

5. רקע רפואי

הריון ולידה	
משקל לידה:	איזה שבוע של ההריון נולד/ה:
מהלך ההריון והלידה:	תקין / לא תקין
מהלך ההריון והלידה:	תקין / לא תקין
אם לא פרט:	
אשפוזים ובירורים רפואיים בעבר:	כן / לא
אם כן פרט:	
מצב בריאותי נוכחי:	
האם הילד מקבל תרופות באופן קבע:	כן / לא – אם כן אלו:
שם רופא הילדים:	טל' של הרופא:
רופאים מקצועיים נוספים שהילד מטופל ו/או טופל על ידם:	

6. רקע התפתחותי

מתי התחיל לזחול:	לעמוד:	ללכת:
האם מילמל:	כן / לא	האם חיקה קולות/הברות:
האם מדבר מילים בודדות:	כן / לא	
האם התינוק ינק?	כן / לא	אם כן, כיצד הסתגל להנקה?
האם בכה הרבה?	כן / לא	כיצד נרגע: מוצץ, בקבוק, הנקה, עירסול על הידיים, נדנד, אחר

א. תחושה

<input checked="" type="checkbox"/>	האם מגיב בחוסר כוחות ל: הלבשה/אמבטיה/גזיזת ציפוניים?
<input checked="" type="checkbox"/>	האם יש סוגי אוכל שנמנע לאכול? כן / לא – פרט העדפות:
<input checked="" type="checkbox"/>	כיצד מגיב לרעשים חזקים או בלתי צפויים?
<input checked="" type="checkbox"/>	האם נהנה ממשחקי תנועה כמו: הנפה באוויר/נדנד/סיבובים/נסיעה באוטו (סמן)
<input checked="" type="checkbox"/>	האם נהנה במגרשי משחקים: מגלשה/קרוסלה/ביבמה/נדנדה/נדנדת קפיץ (סמן)

ב. הרגלים ושיגרות

<input checked="" type="checkbox"/>	האם ישנם שינויים קיצוניים במצבי הרוח?
<input checked="" type="checkbox"/>	אופן אכילה: כפית/בקבוק/הנקה/ידיים
<input checked="" type="checkbox"/>	אופן שתיה: בקבוק/כוס. מידת עצמאות באכילה ושתייה:
<input checked="" type="checkbox"/>	הרגלי שינה וקיימה: משתמש במוצץ/בקבוק/הנקה וכדומה כדי להירדם? זקוק לנוכחות מבוגר: טקס השינה ומהו?
<input checked="" type="checkbox"/>	כיצד תגדיר/י את ילדך: נוח, בכיין, ישנוני, ערני, חסר שקט, תקשורתי (סמני)

ג. משחקי ופנאי

<input checked="" type="checkbox"/>	האם משתמש בידיו או בפניו לחקירת משחק? כן / לא
<input checked="" type="checkbox"/>	האם הילד יודע להעסיק עצמו באופן עצמאי? כן / לא
<input checked="" type="checkbox"/>	האם נענה למשחק משותף? כן / לא
<input checked="" type="checkbox"/>	מה עושה כאשר ניתן ספר (מגיל שנה)?
<input checked="" type="checkbox"/>	האם נהנה ממשחקי הרכבה, בנייה והשחלה? כן / לא -

ד. מוטוריקה

<input checked="" type="checkbox"/>	האם קיימת עדיפות יד : ימין / שמאל
<input checked="" type="checkbox"/>	האם קיימים קשיים לעבור מזחילה לעמידה / מזחילה לישיבה / מישיבה לעמידה / מעמידה להליכה.

7. מיומנויות שפה ותקשורת

א. בקשות

מה עושה הילד/ה כשרוצה למשוך תשומת לב?	_____
מה עושה הילד/ה כשרוצה לאכול? /או כשרוצה צעצוע?	_____
מה עושה הילד/ה כשלא רוצה משהו?	_____
כיצד מבטא הנאה?	_____

ב. הבעה – (עד גיל 3)

האם מבקש דברים על ידי הצבעה או הושטת יד?	_____
האם משתמש בג'סטות (סימנים בידיים שיש להם משמעות של מילה?) סמנו איזה מהן:	אין / אוי אוי אוי / נפל / איפה / הצבעה / ביי ביי / מחיאת כפיים / אוטו / גדול/ כדור / כובע / חם / לא / כן / טעים / שקט / בקשה שירימו אותו.
איזה הפקות קוליות משמיע? איזה צלילים?	_____
האם אומר מילים? איזה?	_____
האם אומר חלקי מילים?	_____
האם משלים מילים?	_____
האם מצרף מילים למשפט קצר?	_____

8 רקע התפתחותי

האם הנכם מתרשמים שילדכם מתקשה / התקשה באחד מהתחומים המפורטים, אנא סמנו X ופרטו:

תחומים	כן	לא	פרט
1. מוטוריקה גסה (זחילה/ישיבה/הליכה/ ריצה) וכו'			
2. מוטוריקה עדינה (ציור/השחלה/גזירה) וכו'			
3. תקשורת (קשר עין/יצירת קשרים חברתיים/בקשה לעזרה/הדדיות)			
4. שפה ודיבור			
4.1. הבנה (הוראות, שאלות, סיפורים)			

			4.2	הבעה (אוצר מילים, משפטים, תאור חוויות ותכנים)
			4.2	היגוי (שיבושי היגוי) – פרט האם דיבור מובן?
			5.	קשב וריכוז
			6.	התנהגות: (מופנמות, תנועתיות יתר, קשיים במשמעת, קשיי הסתגלות).
			7.	אכילה
			8.	הרגלי שינה
			9.	שליטה על הצרכים
			10.	פרידה מן ההורים
			11.	רגישויות (למגע, ריח, תנועה וקולות)

9. מסגרת חינוכית נוכחית: _____
10. האם היו / ישנם קשיים במסגרת הגנית / בית ספרית: _____
11. האם קיים קשר עם גורמים טיפוליים אחרים? אם כן, הקף בעיגול
פסיכולוג / עובדת סוציאלית / פיזיותרפיסט / מרפאה בעיסוק / קלינאית תקשורת / גננת שי"ח
פרט: _____
12. ציפיות ההורים מהמכון:

חובה למלא בכל מקרה בו ההורים גרושים:

טופס הורים גרושים:

תאריך: _____

הריני מאשר/ת בזאת לילדי _____ ת"ז: _____
לקבל אבחון/טיפול/בדיקת רופא – במכון להתפתחות הילד של קופת חולים מאוחדת.

שם האם: _____ ת"ז: _____

חתימה: _____ נייד: _____

שם האב: _____ ת"ז: _____

חתימה: _____ נייד: _____

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

אל: קופת חולים מאוחדת

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
רחוב	מס'	עיר + מיקוד	טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת חולים מאוחדת, רופאיה, עובדיה ו/או מי מטעמה למסור ל _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידיה ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלק שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את קופת חולים מאוחדת ו/או כל רופא מרופאיה ו/או כל עובד מעובדיה ו/או כל מוסד ממוסדותיה כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים ו/או נותני שירותים אחרים, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר לה בזאת מתן כל מידע.

הנני מוותר על סודיות רפואית זו כלפי המבקשים ולא תחא לי אל קופת חולים מאוחדת לרבות למי מרופאיה ו/או עובדיה ו/או מטעמה ו/או נותני השירותים שלה, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל הקופה ו/או נותני השירותים מטעמה.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור סודיות זה על המוסדות הבאים: _____ או על מידע המפורט להלן: _____

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____

שם האפוטרופוס החותם: _____ ת.ז. _____

חתימה

תאריך

עד לחתימה:

שם	ת.ז.	מען
----	------	-----

מאחדת

תאריך מילוי השאלון: _____

לגננת / גן שלום,

אנו מודים לך על היענותך למסור את תיאור התנהגותו ותפקודו של הילד/ה בגן. המידע אודות התנהגותו ותפקודו חשובה לנו מאוד בתהליך האבחון ובחינת הצעות הטיפול.

שם משפחה: _____	שם פרטי: _____
תאריך לידה: _____	ת"ז: _____
שם הגננת: _____	שם הגן: _____
מס' הילדים בגן: _____	סוג הגן: פרטי / חינוך רגיל / חינוך מיוחד / מעון
שפה מדוברת בגן: _____	משך ההיכרות עם הילד: _____
כתובת הגן: _____	טלפון הגן: _____
סיבת הפניה: _____	

סמלי במקום המתאים (במקום הסימון או בנוסף לו ניתן לכתוב הערות)

התרשמות כללית

התרשמות כללית על הילד: _____

היעדרות מהגן: הרבה / ממוצע / מעט

סיבת היעדרות או האיחורים: _____

הופעה חיצונית: מטופח / ממוצע / נדרש שיפור
הרגלי ניקיון: בחיתולים / צריך תזכורת / עצמאי
הרגלי אכילה: תקינים / בעייתיים. פרט: _____

תפקוד מוטורי גס

מתקשה מאוד	מתקשה	בהתאם לגיל	מעל המצופה לגילו	
				הליכה, ריצה, קפיצה
				משחק בכדור (מקפיץ, תופס, זורק)
				עליה/ירידה במדרגות
				שימוש במתקני החצר

האם מתעייף בקלות: כן / לא

האם נצפות נפילות (סרבול): כן / לא

הערות:

מוטוריקה עדינה

נמנע	מתקשה מאוד	מתקשה	בהתאם לגיל	מעל המצופה לגילו	
					בנייה
					משחקי הרכבה
					גזירה
					ציור
					פאזלים

האם קיימת רגישות חושית המשפיעה על תפקודו: כן / לא. פרט:

הערות:

שפה

מתקשה מאוד	מתקשה	בהתאם לגיל	מעל המצופה לגילו	הבנה
				הבנת הוראות
				הבנת שאלות
				הבנת סיפורים
				הבנת התכנים הנלמדים בגן

הערות: _____

מתקשה מאוד	מתקשה	בהתאם לגיל	מעל המצופה לגילו	הבעה
				אוצר מילים
				הרכבת משפטים ושימוש בהטיות
				יכולת לנהל שיחה
				יכולת להביע חוויות/ רעיונות/ רגשות
				יכולת לחזור על התוכן הנלמד

הערות: _____

האם קיימות התופעות הבאות:

שיבושי היגוי: כן / לא. פרט: _____

גמגום: כן / לא

ריוור: כן / לא

צרידות: כן / לא

בהתאם לגיל	לא קיימת	קיימת	יתר	
				תנועתיות
				פזיזות
				יכולת התמדה

תפקוד חברתי, רגשי והתנהגותי

תקשורת בין אישית

אינו יוצר קשר, מנותק	מתקשה ביצירת קשר	יוצר קשר לפעמים	תקין	
				יצירת קשר עם מבוגרים
				יצירת קשר עם בני גילו
				משחק משותף עם בני גילו
				יכולת לשמור על משחק משותף עם חבר לאורך זמן
				קשר עין

תפקוד רגשי והתנהגותי

תלוי מאוד במבוגר	תלוי לפעמים	עצמאי בד"כ	עצמאי תמיד	
				פרידה מההורה
				יכולת להעסיק עצמו
				יכולת לבצע משימות באופן עצמאי

מתמודד בהצלחה	מתגבר בד"כ	מתפרץ	מסתגר	
				תגובות הילד למצבי תסכול
				יכולת הילד לשמור על כללי ההתנהגות בגן
				יכולת הילד לדחות סיפוקים (לחכות בתור, לזוטר לחבר, להתאפק)
				יכולתו הרגשית של הילד להתמודד עם קשיים (כישלון, פרידה, קושי בפתרון בעיות)
				יכולתו להסתגל למצבים חדשים (טיול, מסיבה, שינוי בסדר היום, כניסת זרים)

אף פעם	מידי פעם	לעיתים קרובות	
			תוקפני
			מתנהג בצורה ילדותית ביחס לבני גילו
			חסר ביטחון, ביישן

הערות:

רמת פעילות בגן: רבה מאוד / רבה / בינונית / מעטה

מצב רוח כללי:

עצוב או מדוכדך / עליז ושמח בד"כ / מצב רוח נוח ויציב בד"כ / שינויים קיצוניים במצבי הרוח

התנהגות יוצאת דופן (נא להקיף בעיגול):

<input type="checkbox"/> בעיות בפרידה בבוקר	<input type="checkbox"/> מרבה לחלום לחלום ולהזות בהקיץ
<input type="checkbox"/> מרבה לבכות	<input type="checkbox"/> התפרצויות זעם
<input type="checkbox"/> טיקים בפנים	<input type="checkbox"/> סגור בעולם משלו
<input type="checkbox"/> מכרסם ציפורניים	<input type="checkbox"/> חסר שקט, בתנועה מתמדת
<input type="checkbox"/> מוצץ אצבע או מוצץ	<input type="checkbox"/> מגלה פחדים וחרדות
<input type="checkbox"/> מאונן	<input type="checkbox"/> צחוק לא רלוונטי

סיכום

1. מה הם הקשיים הבולטים של הילד:

2. האם הילד זקוק לעזרה בגן ואיזו?

3. האם הילד מתאים למסגרת שלך?

4. תארי מה נעשה במסגרת הגן על מנת לסייע לילד?

5. לילדי גן חובה- האם לדעתך הילד בשל לכיתה א'?

6. מה הציפיות שלך מהמכון: מידע / הדרכה / ביקור בגן / טיפול בילד . אחר:

תודה על שיתוף הפעולה