**<u>טופס פנייה לטיפול קבוצתי</u>** **יחידה _____ תאריך _____**

שם המטופל _____ מס.ת.זהות _____

מין ז/נ גיל _____ ת.לידה_____ שם הפונה והקירבה _____

טל.נייד _____ טל נוסף _____

מייל _____

עיר מגורים _____ סניף מבוקש: ת"א / כפ"ס / לא משנה (חובה לסמן)

סטטוס הורים : נשואים ___ נשואים חד – מיניים ____ פרודים_____גרושים _____ יחדני ____ אלמן/ה ____

אבחנה _____ מתי ניתנה? _____

מי נתן את האבחנה והיכן _____

האם הייתה בעבר פנייה למרכז כן / לא מתי ? _____ אצל מי טופלת?_____

קופ"ח _____ זמינות לטיפול _____

_____

מסגרת חינוכית היום _____

- הנני מעוניין/ת להגיע לראיון התאמה לקראת פתיחת הקבוצה הבאה אוקטובר / פברואר לשנת _____

**<u>מידע רלוונטי נוסף:</u>**

| |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |