טופס פרטים אישיים

פרטי המטופל/ת:

מספר ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	ארץ לידה	תאריך עליה

רחוב	מספר	ישוב	מיקוד	טלפון בבית	טלפון נייד

מין : זכר נקבה אחר _____

קופת חולים : _____

מתגורר עם ההורים: ☐ כן ☐ לא _____

סטטוס הורים: נשואים נשואים חד-מיניים פרודים גרושים יחידני אלמן/ה

הורים:

	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	ארץ לידה	תאריך עליה
הורה						
הורה						

	שם פרטי	טלפון נייד	טלפון בבית	טלפון בעבודה
הורה				
הורה				

אחים ואחיות:

שם	שנת לידה	מצב משפחתי	עיסוק (תלמיד, חיל, עובד)

דואר אלקטרוני: _____ E-MAIL

◇ הנני מאשר למרכז בית אחד מיסודה של אותי - עמותה ישראלית לאוטיזם, לפנות אלי בעתיד, גם לאחר סיום הטיפול/אבחון במרכז, בכדי לעניין אותי בשירותים חדשים ו/או מחקרים המתבצעים במרכז, וזאת ללא כל מחוייבות מצידי לקחת בהם חלק.

◇ הנני מאשר למרכז בית אחד מיסודה של אותי - עמותה ישראלית לאוטיזם, להשתמש בחומרי האבחון לצורך למידה של צוותים מקצועיים , לרבות צפיה בסרטוני הוידאו שנאספו במהלך האבחון.

שם ממלא הטופס _____

תאריך _____

חתימה _____