טופס פנייה לטיפול פרטני מבוגר **יחידה** _____ **תאריך** _____

שם המטופל _____ מס.ת.זהות _____

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

טל.נייד מטופל _____ טל נייד פונה _____

מייל _____

עיר מגורים _____ אבחנה _____ מתי ניתנה? _____

מי נתן את האבחנה והיכן _____

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

זמינות לטיפול _____

_____

האם עובד ? כן/לא היקף המשרה_____ מהות המשרה: _____

האם אפוטרופוס לעצמו? במידה ולא, נא פרט ----------

במידה ולא, מי האפוטרופוס? ----------

מידע רלוונטי נוסף:

- עלות מפגש טיפולי הנו 350 ₪.