



מיט"ל - המחלקה ליעוץ וטיפול בילד
מרכז טיפולי / חינוך מיוחד - השמה ושיבוץ / רווחה חינוכית
תאריך: _____

טופס הפניית תלמיד לטיפול CBT בעצימות נמוכה
שאלון למורה

שם התלמיד/ה: _____ ת"ז: _____ תאריך לידה: _____

כיתה: _____ ביה"ס: _____ שם המורה: _____ נייד המורה: _____

שם האם: _____ נייד אם: _____ שם האב: _____ נייד אב: _____

מצב משפחתי: _____ כתובת: _____ קופ"ח: _____

1. ממתי הנך מכירה את התלמיד?

2. מהן הבעיות שבגללן הופנה התלמיד לאבחון?

3. לפי הידוע לך, מתי החלו הבעיות הנ"ל?

4. חוות דעת כללית על התלמיד:

א. המצב הלימודי (קריאה, כתיבה, חשבון, מקצועות לימוד אחרים, הבעה, ידע כללי, השתתפות בשיעור, עבודה עצמית, הכנת ש"ב):

ב. תחום התפיסה והמוטוריקה:

ג. יכולת הריכוז:

ד. התנהגות, מוטיבציה, יוזמה וכו':

ה. המצב החברתי:

ו. מידע נוסף:

5. אבחונים קודמים (כולל אבחון פסיכולוגי):

6. טיפולים שנתנו בעבר:

7. טיפולים נוכחים:

8. אפשרויות הטיפול הקיימות בביה"ס:

9. הקשר בין ההורים לבין המורה וביה"ס:

10. חוות דעת כללית על המשפחה:

11. ממליצה על טיפול:

שם המורה: _____

חתימה: _____

הסכמת הורים: _____

***** במקרים של הורים גרושים, דרושה חתימה של שני ההורים + טופס אישור הסכמה לטיפול**

תודה על שיתוף הפעולה.