

שאלון הורים

תאריך מילוי השאלון: _____

פרטים אישיים:

שם הילד/ה _____ שם משפחה _____ מין: _____ טלפון אישי: _____
 תאריך לידה: _____ גיל: _____
 מספר ילדים במשפחה: _____ מקום הילד בין האחים _____
 שם הורה 1: _____ טלפון _____
 שם הורה 2: _____ טלפון _____
 הורה נוסף: _____ טלפון _____
 כתובת מגורים: _____
 כתובת מייל: _____
 מוסד לימודים: _____

איבחונים וטיפולים בעבר (מומלץ לצרף)

האם התקבלו התאמות במסגרת הלימודים:

סיבת הפנייה למרכז:

גורם מפנה:

האם מישו מבני המשפחה שלך מתמודד בהווה או התמודד בעבר עם:

			הקושי/החסר
מי וכיצד מתבטא הקושי	לא	כן	
			תנועתיות יתר, היפראקטיביות
			בעיות קשב
			ליקויים בלמידה: קריאה, כתיבה, חשבון, קשיים בדיבור

מרכז מומחים רב תחומי, מענה כולל לילד ולמשפחה בהנהלת אורית ענבר

☎ 052-3718090 • 076-5418090

רח' האורנים 89, פרדס חנה

✉ beyahadmeu@gmail.com 🌐 www.mbeyahad.com 📺 mbeyahad



בעיות התנהגות			
סרבול מוטורי			
מחלה			
אחר			

היסטוריה רפואית:

מהלך ההיריון ☐ תקין ☐ לא תקין. פרט

משך ההיריון _____ לידה: ☐ ספונטאנית ☐ קיסרית ☐ ואקום
האם היו סיבוכים במהלך הלידה ☐ לא ☐ כן. פרט

משקל לידה: _____ סיבוכים לאחר לידה? ☐ לא ☐ כן
פרט
בעיות בריאותיות? ☐ לא ☐ כן. פרט

רגישויות מיוחדות _____

נטילת תרופות _____

אשפוזים / ניתוחים _____

אבני דרך התפתחותיות :

זחילה _____ ישיבה _____

הליכה _____ דיבור _____

מזג הילד כתינוק – רגוע/סוער/ מרבה לבכות/ נח _____

שינה\הרגלים \משך השינה\ בעבר וכיום _____





תאר את ילדך

תפקוד רגשי :

כיצד היית מתאר את מצב הרוח הכללי של בן/בתך?

ארועי חיים משמעותיים שנחשף אליהם - תאונות, שכול, גרושין

האם קיימות חרדות, פחדים או התנהגויות יוצאות דופן כגון טקסים, תנועות חזרתיות?

כיצד מתמודד עם קושי/ סף תסכול
(זעם\מופנמות\בכי)

יכולת לפתור בעיות





קשר הורה – ילד
תאר את הקשר שלך עם ילדך/ילדתך

האווירה בבית והקשר בין האחים

תפקוד חברתי:
האם לבנך/בתך קשרים חברתיים

כיצד יוצר ומשמר קשרים אלה

שעות פנאי
כיצד מבלה בשעות הפנאי

תחומי עניין

עצמאות בתפקוד היום יומי



כל מידע נוסף שתמצאו לצייין: