טיפול רגשי מתבגרים במעלה

מגיל 15-18

שלום וברכה,

מכון מעלה הינו מרכז להתפתחות הילד המספק טיפולים פרא רפואיים וכן יחידה לטיפולים רגשיים במקצוענות בלתי מתפשרת.

ע"מ לייעל את התהליך, קראו בעיון ומלאו אחר ההנחיות:

מצו"ב שאלון אינטייק מפורט

בעזרתו תינתן המלצה מקצועית לטיפול הרגשי המתאים.

אנא מלאו את השאלון לפרטיו בכדי שנוכל לדייק התאמה ולהעניק טיפול מיטבי.

- **מעורבות הורים**

ההורים הם האנשים המשמעותיים ביותר בעולמו של המתבגר, עם זאת לצורך התפתחות תקינה הוא זקוק לנפרדות ולמרחב.

הדרכות ההורים יהיו נושא לדיון מקצועי מול המטפלת וכך תיקבע תדירות המפגשים עם ההורים.

בקשתכם לטיפול רגשי במעלה, מחייבת הגעה סדירה של הורים לפגישה עם המטפלת כפי הנדרש.

- **הרצף הטיפולי** הכרחי לתהליך! השתדלו להימנע מביטולים בכל הניתן.

בביטול פחות מ48 שעות קודם הטיפול – תתקיים שיחה טלפונית. או/ ו הכנת חומר מקצועי, לשיקול דעת המטפלת והוא יהיה כרוך בתשלום.

במקרה של ביטול שני טיפולים תוך שלושה חודשים- המטופל יחזר לרשימת המתנה.

תשלום והחזרים

גביה בתחום הרגשי תתבצע אחת לחודש עבור החודש הבא (4 טיפולים קדימה)

תשלום באמצעות: מזומן / ב. אשראי / התחייבות קבילה מקופ"ח

לעת עתה סבסוד מקופ"ח ניתנים עד גיל 18

באחריותכם לברר קודם תחילת התהליך – זכאות ואופן התשלום. הנתונים משתנים מעת לעת ועל ההורים לעקוב אודות הזכאות גם במהלך הטיפול.

אין באפשרותנו לספק מידע בנוגע לזכאות מבוטח מכל קופ"ח. ע"מ למנוע עגמת נפש- דאגו לוודא קודם תחילת התהליך.

תאריך מילוי השאלון: _____

ירמיה קאפח 2 ירושלים | טל: 02-547-8999 | פקס: 02-547-8998 | אימייל: office@maalah.org.il | www.maalah.org.il

מרכז להתפתחות וקידום הילד

שאלון לטיפול רגשי במעלה - למתבגרים

רקע אישי ומשפחתי:

שם פרטי_____.

שם משפחה_____

מספר ת"ז_____

תאריך לידה _____גיל _____

כתובת מגורים_____

קופת חולים: _____

מגזר / חסידות / קהילה: _____

מספר אחים \ אחיות_____ מיקום בין אחים_____

מקום לימודים_____ כיתה _____

מידע חשוב על אח/אחות _____

עיסוק האב _____

עיסוק האם _____

מספר טלפון זמין _____

אילו שפות דוברת הנערה?_____

אבחנה רפואית (באם יש):_____

האם קיבל טיפול רגשי בעבר? _____

האם מוכר לכם התחום הרגשי?_____

אם כן האם סיכום טיפול ?_____

_____

האם המתבגר עבר אבחונים? כן/ לא (סמנו בעיגול). **אם כן, לצרף את האבחונים.**

האם לוקח תרופות? כן/ לא (נא לסמן בעיגול)

ירמיה קאפח 2 ירושלים | טל: 02-547-8999 | פקס: 02-547-8998 | אימייל: office@maalah.org.il | www.maalah.org.il

אם כן, אילו תרופות. ובאיזה מינון? _____

_____

האם מטופלים **בני משפחה** נוספים במכון 'מעלה'? א"כ באלו תחומים? _____

_____

דברים נוספים שחשוב שנדע:

_____

האם המתבגר חווה אירועים משמעותיים בחייו?

טראומה/ תאונה/ מחלה/ מחלה של בן משפחה/ גירושין/ אימוץ/ משבר משפחתי/ אובדן במשפחה

באיזה גיל התרחש האירוע? _____

מה היתה המעורבות שלו באירוע?

_____

_____

<u>רקע התפתחותי:</u>

מהלך הריון ולידה _____

לידה בשבוע_____

מהלך לידה_____

ספרו לנו בכמה מילים על הדברים הבאים: גמילה/ הנקה/ יציאה למסגרת:

_____

אם טופל, אנא פרטי_____

האם היו בעבר אשפוזים או בעיות רפואיות מיוחדות?_____

רקע תפקודי

<u>תפקוד במסגרת הלימודית</u>

מבחינה לימודית: _____

ירמיה קאפח 2 ירושלים | טל: 02-547-8999 | פקס: 02-547-8998 | אימייל: office@maalah.org.il | www.maalah.org.il

מבחינה חברתית: _____

קשרים בקבוצת השווים: _____

יחס לדמויות סמכות _____

מסוכנות

האם ישנן מחשבות אובדניות? _____

אם כן באיזו תכיפות? _____

האם היו מעשים אובדניים? _____

אם כן פרט/י: _____

האם נמצא/ת במעקב פסיכאטר? _____

אם כן מי הרופא המטפל? _____

<u>אודות פניה זו</u>

הגורם המפנה: _____

סיבת הפניה: _____

ספרי לנו קצת על המתבגר: (רגוע,נוח, אימפולסיבי, תחושתי, תזזתי, תחושתי, עצמאי, יצירתי, חברותי או אחר)

איך אתם מבינים את הבעיה?

התרשמות האב : _____

_____

התרשמות של האם: _____

_____

מהם נקודות החוזק של המתבגר?

_____

מהם הדאגות שלכם? _____

<u>מעורבות הורים בטיפול:</u>

כמה לדעתך חשוב שתהיה מעורב בטיפול, 1-10? _____

באיזו תדירות תוכל להגיע? _____

מה הציפיות שלכם כהורים, ממפגשי הדרכת הורים?

_____

בתחום הרגשי נציע מגוון סגנונות טיפול תוך שימת לב להתאמה מקצועית הנדרשת עבור המתבגר ובהתאם למידע אותו הבאתם בשאלון זה.

לאחר מילוי השאלון נבצע חשיבה רב מקצועית להתאמת סוג הטיפול.

וודאו שהמצאתם את כל הטפסים הנדרשים ונרשמתם כהלכה

בברכת הצלחה וס"ד מרובה!

ההנהלה

ירמיה קאפח 2 ירושלים | טל: 02-547-8999 | פקס: 02-547-8998 | אימייל: office@maalah.org.il | www.maalah.org.il