מעלה
מרכז להתפתחות וקידום הילד

טיפול רגשי במעלה

הורים יקרים שלום וברכה,

מכון מעלה הינו מרכז להתפתחות הילד המספק טיפולים פרא רפואיים וטיפולים רגשיים בהסכמים עם כל קופות החולים.

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

מצו"ב שאלון אינטייק מפורט

בעזרתו תינתן המלצה מקצועית לטיפול הרגשי המתאים יותר לילדכם.

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

- **מעורבות הורים**

ההורים הם האנשים המשמעותיים ביותר בעולמו של הילד וע"כ טיפול נכון כרוך במעורבות מלאה מצידכם.

מתוך החשיבה המשותפת והמקצועית יוחלט על הפורמט המתאים.

2 טיפולים ראשונים בתהליך לטיפול רגשי הינם פגישות הורים, ללא הילד.

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

מטופלים בגיל ההתבגרות לעיתים זקוקים למרחב והמעורבות ההורית תדון בנפרד.

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

בביטול פחות מ48 שעות קודם הטיפול – תתקיים הדרכת הורים 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 בכל פגישות הורים (אחת לחודש) עבור החודש הבא (4 טיפולים קדימה)

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

באחריות ההורים לברר <u>קודם</u> תחילת התהליך בקופ"ח – זכאות עבור ילדכם וכמות טיפולים בסל בשנה לועזית. הנתונים משתנים מעת לעת ועל ההורים לעקוב אודות הזכאות גם במהלך הטיפול.

<u>אין באפשרותנו לספק מידע בנוגע לזכאות מבוטח מכל קופ"ח. ע"מ למנוע עגמת נפש- דאגו לוודא קודם תחילת התהליך את זכאות ילדכם.</u>

בברכת רוב נחת ובריאות

ההנהלה

הריני הח"מ מאשר שקראתי את האמור לעיל ואני מאשר את הסכמתי לדברים

שם הורה: _____ חתימה: _____

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

מרכז להתפתחות וקידום הילד

תאריך מילוי השאלון: _____

שאלון לטיפול רגשי במעלה

רקע אישי ומשפחתי:

שם פרטי_____

שם משפחה_____

מספר ת"ז_____

תאריך לידה _____גיל הילד_____

כתובת מגורים_____

קופת חולים: _____

מגזר / חסידות / קהילה: _____

מספר אחים \ אחיות_____ מיקום הילד בין אחים_____

מקום לימודים_____ כיתה _____

מידע חשוב על אח/אחות _____

עיסוק האב _____

עיסוק האם _____

מספר טלפון זמין _____

אילו שפות דובר ילדך? _____

אבחנה רפואית (באם יש):_____

האם קיבל טיפול רגשי בעבר? _____

האם מוכר לכם התחום הרגשי?_____

האם **הילד** מטופל בתחומי טיפול נוספים? פרטו תחום טיפול ומקום טיפול _____

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

מרכז להתפתחות וקידום הילד

_____

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

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

אם כן, אילו תרופות. ובאיזה מינון? _____

_____

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

_____ _____

דברים נוספים שחשוב שנדע:

_____

האם הילד חווה אירועים משמעותיים בחייו?

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

באיזה גיל התרחש האירוע? _____

מה היתה המעורבות של הילד באירוע?

_____

_____

<u>רקע התפתחותי:</u>

מהלך הריון ולידה _____

לידה בשבוע_____

מהלך לידה_____

תארי את הרגשתך לאחר הלידה_____

האם ילדך מטופל בתחומים אחרים?_____

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

_____

אם טופל, אנא פרטי_____

האם היו בעבר אשפוזים או בעיות רפואיות מיוחדות?_____

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

מַעְלָה
מרכז להתפתחות וקידום הילד

רקע תפקודי

<u>תפקוד יומיומי</u>

ספרי על סדר יומו של ילדך (התנהלות בוקר, התנהלות שעות שינה, הרגלי אכילה)

_____

שעת שינה _____ שעת קימה _____

עד כמה הוא עצמאי בהתנהלות?_____

מה ילדך אוהב לאכול?_____

האם יש מאכלים שהוא נמנע מהם בעקביות? _____

מה הוא אוהב לעשות בשעות הפנאי? _____

מה הוא אוהב לעשות? _____

אילו תחומי עניין מוצא ילדך? _____

האם יש דברים שהוא נמנע מלהתעסק בהם בקביעות?_____

<u>תפקוד במסגרת הלימודית</u>

מבחינה לימודית: _____

מבחינה חברתית:

בקבוצת השווים לו: _____

כיצד מתנהג עם צעירים/ מבוגרים ממנו?_____

יחס לדמויות סמכות _____

במה שונה הילד מבני גילו? _____

אודות פניה זו

הגורם המפנה: _____

סיבת הפניה: _____

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

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

מרכז להתפתחות וקידום הילד

איך אתם מבינים את הבעיה?

התרשמות האב : _____

_____

התרשמות של האם: _____

_____

מהם נקודות החוזק של ילדך? _____

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?

_____

<u>כיצד נוכל לעזור לילדך בין כותלי מעלה?</u>

במעלה מוצעים טיפולים במעטפת התפתחות הילד: קלינאות תקשורת, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, הדרכת הורים, ומכון קריאה מתקדם.

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

לאחר מילוי השאלון נבצע חשיבה רב מקצועית להתאמת סוג הטיפול.

וודאו שהמצאתם את כל הטפסים הנדרשים ונרשמתם כהלכה' יש לצרף לשאלון זה הפניה מרופא ילדים והמלצה מהמוסד. במקביל על ההורים לברר זכאות בקופ"ח בה מבוטח לטיפולים רגשיים.

בברכת הצלחה וס"ד מרובה!

ההנהלה

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