



תאריך

שאלון למטפלות

דר, גב' / מר נכבדים

שלום, שאלון זה נועד לאפשר הערכה ברה"נית מהימנה ותואמת ככל הניתן לצרכי המלש"ב (המועמד לשירות בטחון) המטופל על ידכם ונדרש להערכת גורם ברה"ן בלשכת הגיוס כחלק מהליך המיון

**פרטי המלש"ב המטופל על ידך:**

שם המועמד \_\_\_\_\_ ת.ז: \_\_\_\_\_

פרטי המטפלות שם (פרטי + משפחה):

\_\_\_\_\_

טלפון נייד: \_\_\_\_\_ משרד (אם רלבנטי) \_\_\_\_\_

כתובת דוא"ל:

\_\_\_\_\_

כתובת למשלוח דואר (אם רלבנטי) \_\_\_\_\_

מקצוע והתמחות כותב חוות הדעת – הקף או השלם:

פסיכולוג/ יועץ חינוכי

פסיכולוג קליני

פסיכיאטר

אחר: \_\_\_\_\_

מרפאה להפרעות  
אכילה

עובד  
בשירות הרווחה  
סוציאלי

\_\_\_\_\_

עובד סוציאלי

מטפל באומנות

לקראת שירותו בצה"ל.

כמה זמן מוכר לי המטופל (יש להתייחס לזמן הכולל ולרציפות הטיפול):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

מה תדירות המפגשים - חד פעמי \ אחת לשבוע או יותר \ אחת לשבועיים או יותר \ אחר , פרט:

---

האם נמצא כיום תחת טיפול- כן / לא / במידה והסתיים , מתי הסתיים הטיפול

---

נא תאר את סיבת הפנייה לטיפול:

---

האם קיים בטיפול שילוב של טיפול תרופתי פסיכיאטרי - כן / לא  
במידה וקיים - פרט את הטיפול כפי שהותאם: מיון, משך ושם הטיפול:

---

אבחנה בקבלה לטיפול במידה וניתנה ואבחנה כולל התרשמות:

אבחנות בתחילת הטיפול :

---

---

אבחנות פעילות \עדכניות:

---

האם ידוע לך על פניות למיזן רפואי דחוף על רקע מצוקה נפשית - כן / לא.  
במידה וכן, פרט :

---

האם ידוע לך התנהגות מסכנת ופג"ע (nssi)- כן / לא , במידה וכן נא לפרט תדירות ואופן:

---

האם ידוע לך על מחשבות אובדניות או/ו ביצוע אקט אובדני אי פעם - כן / לא  
במידה וכן, פרט:

---

האם במהלך הטיפול נוצר קשר עם ההורים או קרוב אחר – כן / לא  
תאר את תפקוד המלש"ב בחיי היום בתחום חברתי/ לימודי/ משפחתי :

---

האם במהלך הטיפול עלתה שאלת גיוס לצה"ל והתאמת המלש"ב/ית?

---

---

