



מטופלים נכבדים,

כחלק מהטיפול נבקשכם למלא את הפרטים הבאים באופן מדויק ומפורט
ישנה חשיבות רבה למידע המתקבל מכם - לטיפול יעיל בפנייתכם.

תאריך מילוי השאלון: _____

פרטים אישיים:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מין ז/נ: _____ תעודת זהות:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ת. לידה עברי: _____ ת. לידה לועזי: _____ כתובת: _____
טלפון בית: _____ נייד: _____ דוא"ל: _____ קופ"ח: _____
ביטוח משלים: _____ האם קיימת הוראת קבע בקופ"ח? _____
מצב משפחתי: _____ עיסוק: _____ שפה מדוברת: _____

בני משפחה:

שם בן/בת הזוג: _____ טלפון נייד: _____ עיסוק: _____

פנייה לטיפול:

גורם מפנה: ☐ פיזיותרפיסט/ית ☐ נוירולוג/ית ☐ אורתופד/ית ☐ רופא/ת משפחה ☐ אחר _____

אבחונים וטיפולים נוספים:

אבחנה (אם יש): _____
האם סובל מפרכוסים כן / לא _____
בעיות בריאותיות / אבחנות נוספות: _____

טיפול נוספים שמקבל כיום: _____

בהצלחה!