

הצהרת הורים לקבלת טיפול באמצעות אמנויות במסגרת כללית מושלם/פלינום

טיפול באמצעות אמנויות הינו תחום עיסוק בריאות בו נעשה שימוש בתהליכי יצירה והבעה אמנותיים לטיפול בהפרעות נפשיות, התנהגותיות, התפתחותיות ואורגניות תוך שימוש באחד מתחומי האמנויות: אמנות חזותית, ביבליותרפיה, דרמה, מוסיקה, פסיכודרמה ותנועה ומחול.

מטרת העל של הטיפול באמצעות אמנויות היא טיפוח של כוחות הנפש וחיזוק כישורי ההתמודדות וההסתגלות של הילד/ה ברמה האישית והחברתית, לשיפור איכות החיים והתפקוד.

במידה ובנכם/בתכם זקוק/ה לטיפול זה אנא מלאו הפרטים מטה והעבירו הטופס לנותן השרות.

פרטי הילד/ה –

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.ז. _____
ת.לידה: _____ ארץ לידה: _____

פרטי ההורה הממלא הטופס:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.ז. _____
כתובת: _____ טלפון: _____
דוא"ל: _____@_____

יש לסמן האם ילדך סובל מאחת או יותר מהמצבים הבאים (יש לסמן לגבי כל אחד מהמצבים):

- | | |
|---|-------|
| ○ הפרעות קשב וריכוז | כן/לא |
| ○ הפרעות/עיכוב מוטורי | כן/לא |
| ○ הפרעות/עיכוב התפתחותי | כן/לא |
| ○ הפרעות התנהגות | כן/לא |
| ○ הפרעות/ליקוי למידה | כן/לא |
| ○ הפרעות התנהגות חברתיות | כן/לא |
| ○ הפרעות/מצוקות רגשיות | כן/לא |
| ○ הפרעות ברצף האוטיסטי (אוטיזם, אספרגר) | כן/לא |
| ○ אחר (פרט) _____ | |

אני מצהיר/ה כי כל המידע הנמסר בטופס זה הינו נכון ומדויק. כמו כן, הריני מאשר/ת כי ידוע לי שטופס זה הינו חלק מהמסמכים שיצורפו לתיק המטופל, אשר יתכן שיועבר לשירותי בריאות כללית במסגרת בקרת איכות רפואית.

-----	-----	-----
שם + משפחה	תאריך	חתימה