

שירותי ייעוץ, הכוונה, אבחון וטיפול בקשיי למידה,
משבר ומצוקה אצל ילדים ומתבגרים

שאלון להורים

אנו מודים לך על פנייתך. שאלונים אלה חשובים לנו מאוד ומליים באופן מפורט יסייע בידנו להגיש לך את השירות המקצועי והיעיל ביותר. נא לצרף העתקי תעודה, סיכומי טיפולים ואבחונים קודמים, במידה ויש בידך.

שנת הלימודים: _____ תאריך: _____

רקע כללי:

סיבת הפניה:

(תארי' בהרחבה מהן הבעיות המצריכות אבחון, התייחסו למצב חברתי, רגשי ולימודי)

שם הילד/ה: _____ ת. לידה: _____ ת. זהות: _____

כתובת הילד/ה: _____ טל' בבית: _____

כתובת e-mail: _____

אני מעוניין לקבל במייל עדכונים ומידע ממרכז פוטנציאל כן/לא.

ארץ לידה של הילד/ה: _____

שם ביה"ס: _____ כתה: _____ גיל: _____

שם האב: _____ עיסוק: _____ נייד: _____

שם האם: _____ עיסוק: _____ נייד: _____

מס' ילדים במשפחה: _____, הוא/ היא בכור/ אמצעי/ צעיר במשפחה.

נשאר שנה נוספת בגן/ כתה כן/לא, כיון ש _____

סמני ✓ במשבצת המתאימה. אנו מעוניינים באבחון:

☐ אבחון דידיקטי ☐ אבחון פסיכולוגי ☐ אבחון פסיכו דידיקטי- משולב ☐ אבחון במתמטיקה ☐ אבחון מוכנות

לכתה א'. (כל אבחון מתומחר אחרת, נא לוודא מראש את המחירים)

אבחונים וטיפולים קודמים:

רשמו המשך טיפול, האם הופסק ולמה, צרפו דוחות אם יש .

מכון להתפתחות הילד: _____
 אבחון פסיכולוגי: _____
 בדיקת ראייה: _____
 בדיקת שמיעה: _____
 ריפוי בעיסוק: _____
 קלינאית תקשורת: _____
 אחר: _____

רקע התפתחותי:

היסטוריה של הריון ולידה : תקינים/ במועד/הריון בסיכון/ תרופות בהריון/ מצוקה עוברית/ הספקת חמצן/ בעיות סוכר/ רעלת הריון/ אחר: _____
 התפתחות מוטורית בשנות הילדות המוקדמות:

- הלך במועד כן / לא.
 - בעיות בשיווי משקל כן/לא. (התנדנד עצמאית/ רכב על אופניים ללא גלגלי עזר)
 - התפתחות לשונית:
 - דיבר במועד יחסית לאחיו כן / לא.
 - שיבושי לשון/ הבליע דיבור/ החלפת צלילים/ השמטת צלילים במילה/ קושי ביצירת משפטים. כן /לא.
 - מחלות דיאגנוסטיות כן/לא (פרכוסים/ בעיות נשימה/ ברונכיט ספסטית/ דלקות אזניים כרוניות)
 - אופי התינוק:
 - שינה- האם היו קשיים בשינה כן/לא
 - האכלה- האם היו קשיים בהאכלה כן/לא
 - בכי רב- האם נטה לבכות יותר מהמקובל כן/לא
- התפתחות חברתית: _____

כיצד הסתגל למעברים בין מסגרות הלימוד:

אילו פעילויות – משחקים אהב/ שנא בילדות: לגו/ פזל/ הרכבה/ הדבקה/ ארגז חול/ יצירה/ משחקי קופסא/ זיכרון/ גזירה/ האזנה לסיפור.

מצב בריאותי:

נא סמנו X במקום המתאים וצרפו את דוחות הבדיקה.

_____ האם הילדה/ סבלה מדלקות אוזניים: _____
 _____ בדיקת שמיעה: _____
 _____ בדיקת ראייה: _____
 _____ מקבל טיפול תרופתי: _____

מצב אישי:

_____ התנהגות הילדה/ בבית המשפחה: _____
 _____ מהם תחומי ההתעניינות של הילדה: _____
 _____ תכונות בולטות של הילדה: _____
 _____ היחסים עם האחים/יות: _____
 _____ בעיות לימודיות במשפחה: _____
 _____ יחסים עם חברים בסביבה הקרובה: _____

_____ בעיות מיוחדות (הפרעות בשינה, הרטבה, מציצה, גמגום): _____

_____ האם מתפקד כילד עצמאי בבית (סידור החדר/ התארגנות לביה"ס/ לקראת מבחנים/ עד כמה זקוק לעזרה)

_____ מידת המוטיבציה ללמידה (התעניינות, זקוק לדרבון). באילו תחומים המוטיבציה גבוהה/ נמוכה

הישגים לימודיים:

_____ האם גילה קושי להסתגל למסגרת ביה"ס מבחינה רגשית/ חברתית/ לימודית. (נפרד בקלות מהוריו/ אהב ללכת לביה"ס/ הבין במהירות את החוקים והדרישות בביה"ס/ התמודד עצמאית עם שיעורי בית).

_____ זקוק לעזרה צמודה בשיעורי בית כן / לא, פרט:

האם מתכוון למבחנים כן / לא, האם מתכוון עצמאית או שההורים מכינים איתו?

מתי גילתם שיש קושי בלמידה? כיצד גילתם זאת?

תארו/י את הקושי של הילד בביה"ס

מה נעשה כשהקושי התגלה (אבחון/ שיעורי עזר/ הוראה מתקנת/ עזרה בבית/ פסיכולוג/ נירולוג)

סמני X במשבצת המתאימה ע"פ הרושם המצטבר.

תצפיות	בכלל לא	במקצת	הרבה	הרבה מאד
1. חסר מנוחה, פעיל יתר				
2. מתרגש ביותר, פזיז				
3. מפריע לילדים אחרים				
4. אינו מצליח לסיים דברים שהתחיל, תחום קשב קצר				
5. מתנועע במקום כל הזמן				
6. מפוזר, ניתן בקלות להסיח דעתו				
7. דורש סיפוק מיידי, מתוסכל בקלות				
8. בוכה לעיתים קרובות בקלות				
9. מצב רוח משתנה באופן מהיר וקיצוני				
10. התפרצויות זעם, התנהגות בלתי ניתנת לחיזוי				

חתימת ההורים: _____