



טופס הפנייה ליחידה להתפתחות הילד- שאלון להורים

Parent Questionnaire – Referral Form to the Child Development Unit

1. פרטים כלליים General Information																																	
תאריך לידה לועזי Date of Birth (Gregorian)	מין Gender	תעודת זהות של הילד Child's ID Number	שם מלא של הילד/ה Child's Full Name																														
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											Male / זכר ☐ Female / נקבה ☐	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
מספר פקס Fax Number	מספר טלפון בבית Home Phone Number		כתובת Address																														
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
מספר טלפון נייד של האם Mother's Mobile Number	שם האם Mother's Name		מספר טלפון נייד של האב Father's Mobile Number																														
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
מיילים רלבנטיים: _____ Relevant Emails _____																																	
תאריך מילוי שאלון Date of Completing the Form	סניף קופת חולים Health Fund Branch		שם רופא הילדים Child's Pediatrician																														
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																	

2. פרטי הגורם המפנה Referring Party Information
פרטי הגורם המפנה: ☐ הורים ☐ גננת/מורה ☐ רופא ☐ טיפת חלב ☐ אחר: _____
Referring Party: ☐ Parents ☐ Teacher/Kindergarten ☐ Physician ☐ Tipat Halav ☐ Other _____
הסיבה העיקרית לפנייתכם ליחידה להתפתחות הילד: ☐ טיפול בריפוי בעיסוק ☐ טיפול בריפוי דיבור (נא לצרף בדיקת אף אוזן וגרון ובדיקת שמיעה) ☐ טיפול בפיזיותרפיה התפתחותית ☐ אחר: _____
Main reason for referral to the Child Development Unit: ☐ Speech Therapy (please attach ENT and hearing test) ☐ Occupational Therapy ☐ Developmental Physiotherapy ☐ Other: _____
דעת ההורים על ההפניה: _____
מתי שמת לב לקשיי ילדך בפעם הראשונה?: _____
Parents' opinion about the referral: _____
When did you first notice your child's difficulties? _____

3. הריון ולידה | Pregnancy and Birth

משקל הלידה Birth Weight	גיל ההיריון (בשבועות) Pregnancy Weeks at birth	בית החולים בו נולד Birthplace	מהלך הלידה course of childbirth	מהלך ההיריון Course of Pregnancy

צורת לידה: ☐ רגילה ☐ עכוז ☐ מלקחיים ☐ ואקום ☐ ניתוח קיסרי מתוכנן ☐ דחוף ☐

סיבוכים לאחר הלידה: _____

Delivery Type: ☐ Natural ☐ Breech ☐ Forceps ☐ Vacuum ☐ Planned C-section ☐ Emergency C-section

Complications after birth: _____

4. מצב בריאות | Health Status

האם ילדך סובל ממחלה ממושכת? אם כן פרט: _____

מומים גופניים: _____

טיפול תרופתי ממושך: _____

אשפוזים בעבר: _____

ניתוחים: _____

Does your child suffer from any chronic illness? ☐ Yes ☐ No – If yes, details: _____

Physical anomalies: _____

Chronic medication: _____

Previous hospitalizations: _____

Past Surgery: _____

5. שינה | Sleep

מספר שעות שינה רצופות בלילה: _____

האם הילד מתעורר במשך הלילה? _____ ואם כן כמה פעמים? _____

האם הילד מרטיב בלילה? _____ ואם כן באיזו תדירות? _____

האם הילד נוחר או משמיע קולות בזמן השינה? ☐ כן ☐ לא

האם הילד נושם עם פה פתוח בזמן השינה? ☐ כן ☐ לא

Hours of uninterrupted sleep at night: _____

Does the child wake during the night? ☐ Yes ☐ No – How many times _____ ?

Does the child wet the bed? ☐ Yes ☐ No – How often _____ ?

Does the child snore or make sounds while sleeping? ☐ Yes ☐ No

Does the child breathe with mouth open during sleep? ☐ Yes ☐ No

6. התפתחות מוטורית ותפקודי יום-יום | Motor and Daily Functioning

באיזה גיל ילדך:

התהפך: בטן/גב: _____ גב/בטן: _____ זחל: _____ יושב: _____ הלך: _____

שליטה מלאה בצרכים: _____ מגיל: _____ ביום: _____ בלילה: _____

האם ילדך מתלבש לבד? _____ עוזר בהלבשה/הפשטה או זקוק לעזרה מלאה? _____ האם ילדך אוכל באופן עצמאי? _____

At what age did your child:

Roll over tummy/back: _____ Crawl: _____ Sit _____ Walk _____ Stand _____

Toilet trained from age: _____ Day _____ Night _____

Eats independently? _____ Dresses/undresses independently? ☐ Yes ☐ Needs help ☐ Full assistance

7. דיבור | Speech

איזו שפה מדברת האם? _____ איזו שפה המדבר האב? _____

אילו שפות נוספות הילד שומע בבית? _____

במידה והשפה במסגרת החינוכית שונה משפת האם, מהי השפה המדוברת במסגרת החינוכית? _____

כמה זמן הילד נמצא במסגרת זו? _____

מאיזה גיל השמיעה/הילד/ה: מילים ראשונות? _____

צירופי 2-3 מילים? _____ באיזה גיל דיבר בשטף? _____

איך נושם בערנות? ☐ דרך הפה ☐ דרך האף. האם משתמש במוצץ? ☐ כן ☐ לא. האם מוצץ אצבע? ☐ כן ☐ לא

האם הילד מדבר בקול רם לדעתך? _____

Mother's spoken language: _____ Father's spoken language: _____

Other languages spoken at home: _____ Language spoken in educational setting: _____

How long has the child been in this framework? _____ Age of first words: _____

Age of combining 2-3 words: _____ Age of fluent speech: _____

Breathing while awake: ☐ Nose ☐ Mouth | Uses pacifier? ☐ Yes ☐ No | Sucks thumb? ☐ Yes ☐ No

Speaks loudly? ☐ Yes ☐ No

8. אכילה | Eating

הילד: ☐ ינק ☐ אכל מבקבוק ☐ הנקה וגם בקבוק

באיזה גיל עבר מאכילה בבקבוק לאכילת מזון מוצק? _____

הילד אוכל בפה: ☐ פתוח ☐ סגור . האם יש ברירות באוכל? ☐ כן ☐ לא

האם הילד מרייר? ☐ כן ☐ לא

As a baby, the child was: ☐ Breastfed ☐ Bottle-fed ☐ Both

Age child transitioned to solids: _____

Picky eater? ☐ Yes ☐ No | Eats with: ☐ Closed mouth ☐ Open mouth | Drools? ☐ Yes ☐ No

9. תחושה | Sensory Issues

האם ילדך נמנע ממגע (חיבוק, ליטוף)? ☐ כן ☐ לא

האם נצפתה רגישות כלשהי למגע של הגוף עם חומרים כגון: חול/דבק/מים? ☐ כן ☐ לא . אם כן תפרט/י: _____

האם ילדך נמנע / מחפש מרקמי מזון מסוימים כגון: נוזל/מוצק? ☐ כן ☐ לא

האם ילדך סובל מבחילה בנסיעה או במתקני גן שעשועים? ☐ כן ☐ לא

האם ילדך מחפש / נמנע מנדנוד חזק? ☐ כן ☐ לא

Avoids touch (e.g., hugs)? ☐ Yes ☐ No

Sensitive to materials (e.g., sand/glue/water)? ☐ Yes ☐ No – Specify: _____

Avoids/seekes certain food textures (liquid/solid)? ☐ Yes ☐ No

Experiences nausea in motion/playground rides? ☐ Yes ☐ No

Avoids/seekes strong swinging motion? ☐ Yes ☐ No

10. התנהגות

אנא, דרג/י את ילדך/תך בנוגע להתנהגויות הבאות: הקף/י 1 אם ההתנהגות הכתובה מימין הייתה רוב הזמן. הקף/י 5 אם ההתנהגות הכתובה משמאל הייתה רוב הזמן. מצבי ביניים מיוצגים ע"י המספרים 2,3, ו-4. אם מתוארות שתי התנהגויות (כמו למשל, התפרצויות זעם, הטחת הראש), סמן/י את המתאימה ביותר:

שקט ורגוע	1	2	3	4	5	קולני וחסר שקט
קל מאד להאכיל אותו	1	2	3	4	5	בעיות האכלה יום יומיות
ישן טוב	1	2	3	4	5	בעיות שינה תכופות
בדרך כלל רגוע	1	2	3	4	5	בדרך כלל חסר מנוחה
חסר פעילות	1	2	3	4	5	פעילות יתר
מתרפק, קל לחיבוק	1	2	3	4	5	לא נהנה ממגע
קל להרגיע אותו	1	2	3	4	5	התפרצויות זעם, מטיח את הראש
זהיר	1	2	3	4	5	נוטה לתאונות, הרפתקן
נהנה מקשר עין	1	2	3	4	5	נמנע מקשר עין
אוהב חבר	1	2	3	4	5	אינו אוהב קשר עם אנשים
נפרד בקלות (מאבא או אמא)	1	2	3	4	5	מתקשה מאוד להיפרד

תארי/י נא, התנהגויות של ילד\תך המדאיגות אותך או אנשים אחרים במשפחה:

תארי/י נא אירועים חריגים, טראומתיים או מעוררים חרדה, אשר יתכן שהשפיעו על התפתחותו/ה ותפקודו/ה העכשוויים של ילד\תך, נא פרטי/י אירוע, _____

גילו/ה של הילד/ה בזמן האירוע ותגובתו/ה: _____

האם הילד/ה או המשפחה קיבלו טיפול רגשי מקצועי כלשהו, כמו יעוץ אישי או קבוצתי וכד'? ☐ כן ☐ לא אם כן, אנא פרטי/י כל טיפול שקיבל/ה בעבר או בהווה, כולל סוג הייעוץ, האדם שקיבל יעוץ, שם היעוץ ואורך הטיפול: _____

Behavior .10

Please rate your child on the following behaviors: Circle 1 if the behavior listed on the right was most of the time. Circle 5 if the behavior listed on the left was most of the time. Intermediate states are represented by the numbers 2, 3, and 4. If two behaviors are described (e.g., tantrums, head banging), circle the one that best fits:

Calm and quiet	1	2	3	4	5	Loud and restless
Easy to feed	1	2	3	4	5	Daily feeding issues
Sleeps well	1	2	3	4	5	Frequent sleep issues
Usually calm	1	2	3	4	5	Usually calm
Inactive	1	2	3	4	5	Overactive
Enjoys hugs	1	2	3	4	5	Avoids touch
Easy to calm	1	2	3	4	5	Temper tantrums, head-banging
Cautious	1	2	3	4	5	Accident-prone, adventurous
Enjoys eye contact	1	2	3	4	5	Avoids eye contact
Likes friends	1	2	3	4	5	Avoids social contact
Separates easily (from parents)	1	2	3	4	5	Severe separation anxiety

Describe any other behaviors of concern (at home or family): _____

Describe any traumatic or stressful events that may have affected your child's development:

The child's age at the time of the incident and his/her reactions: _____

Has the child or family received emotional/professional support (e.g., therapy)?

☐ Yes ☐ No – Please specify type, provider, and duration: _____

11. אישיות והתנהגות כיום | Personality & Behavior Today

נא סמן/י כל תכונה או התנהגות המאפיינת את ילדך/תך כיום:

Mark all that apply:

☐ Sad עצוב	☐ Happy שמח	☐ Leader מנהיג	☐ Passive מונהג	☐ Moody נוטה למצבי רוח
☐ Sociable חברתי	☐ Quiet שקט	☐ Hyperactive פעילות יתר	☐ Independent עצמאי	☐ Dependent תלוי
☐ Sensitive רגיש	☐ Expresses emotions מביע רגש	☐ Fearful מלא פחדים	☐ Cooperative משתף פעולה	☐ Angry outbursts התפרצויות זעם
☐ Low energy חסר אנרגיה / עייף	☐ Over-responsible אחראי מדי (דואג)	☐ Sleep problems בעיות בשינה	☐ Difficult to control קשה לשליטה	☐ Easy temperament מזג או אופי נוח
☐ Prefers to be alone מעדיף להיות לבד	☐ Not initiative לא יוזם	☐ Confused מבולבל	☐ Impolite לא מנומס	☐ Impulsive אימפולסיבי

12. מסגרת חינוכית | Educational Framework

שם המטפלת Caregiver Name	שם בית ספר/ הגן בו נמצא הילד Kindergarten/School Name	סוג המסגרת framework type ☐ בבית ☐ מטפלת ☐ משפחתון ☐ מעון ☐ Daycare ☐ Family Daycare ☐ Nanny ☐ At Home
מספר ילדים בכיתה או קבוצה Number of children in group	סוג כיתה Type	כיתה Class
	☐ רגילה ☐ מיוחדת ☐ מקדמת ☐ Regular ☐ Special ☐ Developmental	

13. טיפולים התפתחותיים בעבר או בהווה (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, ריפוי בדיבור, טיפול פסיכולוגי)

* אם ילדכם עבר אבחון כלשהו נא לצרף דו"ח מאבחן

Past or current developmental therapies (physical therapy, occupational therapy, speech therapy, psychological therapy)

*If any evaluations were conducted, please attach reports

תוצאות/סיבת הפסקה Outcome/Reason for Stopping	משך הטיפול Duration	מסגרת שבה טופל Framework	סוג הטיפול Type of Therapy	
				1
				2

מתי שמת לב לקשיי ילדך בפעם הראשונה?

When did you first notice your child's difficulties? _____

14. פרטי המשפחה | Family Information
פרטי האב (או אב מאמץ/חורג)
Father's details (or adoptive/stepfather)

שם פרטי ומשפחה Full Name	שנת לידה Year of Birth	ארץ לידה Country of Birth	מוצא/עדה Ethnicity
מקצוע Profession	שנות לימוד Years of Schooling	מצב בריאותי Health Status	

השכלה או הכשרה מיוחדת: _____

בעיות התפתחות בעבר (גדילה, למידה, שפה): _____

מצב משפחתי: ☐ נשוי ☐ גרוש ☐ אלמן ☐ פרוד ☐ רווק

Special Education/Training: _____

Developmental History (e.g., learning/language/growth problems): _____

Marital Status: ☐ Single ☐ Married ☐ Divorced ☐ Widowed ☐ Separated

פרטי האם (או אם מאמצת/חורגת) | Mother's details (or adoptive/stepmother's)

שם פרטי ומשפחה Full Name	שנת לידה Year of Birth	ארץ לידה Country of Birth	מוצא/עדה Ethnicity
מקצוע Profession	שנות לימוד Years of Schooling	מצב בריאותי Health Status	

השכלה או הכשרה מיוחדת: _____

בעיות התפתחות בעבר (גדילה, למידה, שפה): _____

מצב משפחתי: ☐ נשוי ☐ גרוש ☐ אלמן ☐ פרוד ☐ רווק

Special Education/Training: _____

Developmental History (e.g., learning/language/growth problems): _____

Marital Status: ☐ Single ☐ Married ☐ Divorced ☐ Widowed ☐ Separated

15. אחים ואחיות Siblings				
האם קיבל/מקבל טיפול התפתחותי? ואיזה? Developmental Therapy (type)	מסגרת חינוך Educational Framework	גיל Age	שם Name	
				1
				2
				3
				4
				5
				6
				7
				8

כמה נפשות גרות בבית? _____ מיקום ילד בין האחים: _____
 Number of household members: _____ Child's birth order: _____

16. הערות נוספות Additional Comments

17. פרטי ממלא הטופס Form Filled By	
חתימה Signature	שם ההורה הממלא את הטופס Name of the parent filling out the form
_____ ✕	

במקרה של הורים גרושים/פרודים יש למלא נספח
 Required in cases of separated/divorced parents



נספח הסכמת הורים - התפתחות הילד Annex – Parental Consent

- כאשר מדובר בהורים פרודים, גרושים או נמצאים בתהליך גירושין - יש צורך בחתימה של שני ההורים על טופס הסכמה לטיפול.
 - אם יש החלטה של בית המשפט המורה על טיפול בילד למרות סירוב או היעדר אישור של אחד ההורים, יש לצרף עותק של ההחלטה.
 - נדרש מלווה מבוגר (אחד מההורים או מי מטעמם) לקטין בביקוריו במרפאה.
- When parents are separated, divorced or in the process of divorce - both parents must sign a consent form for treatment.
 - If there is a court decision ordering treatment for the child despite the refusal or lack of consent of one of the parents, a copy of the decision must be attached.
 - An adult companion (one of the parents or someone on their behalf) is required for the minor during his visits to the clinic.

1. פרטי הילד/ה Child's details		
תאריך מילוי השאלון Date the questionnaire was completed	מספר זהות ID	שם מלא Full Name

2. הסכמת הורים לטיפול בקטין Parental Consent for Treatment of Minor		
נא למלא את הטופס במלואו. אם קיים אפוסטרופוס אחר – נא לצרף מסמך משפטי המבסס זאת. אני מאשר/ת בזאת את הסכמתי לקבלת אבחון/טיפול/בדיקת רופא לילדי - במרכז להתפתחות הילד של לאומית שירותי בריאות. Please fill out the form in its entirety. If there is another guardian – please attach a legal document that substantiates this. I hereby confirm my consent to receive a diagnosis/treatment/medical examination for my child - at the Leumit Health Services Child Development Center		
חתימת הורה Signature of Parent		
חתימה Signature	תעודת זהות ID	שם מלא Full Name
חתימת הורה Signature of Parent		
חתימה Signature	תעודת זהות ID	שם מלא Full Name
נא ציין מיהו האחראי לליווי של הילד: _____ Accompanying adult for the child: _____		

3. עד לחתימה: עורך דין או איש צוות Witness (staff/lawyer)	
תעודת זהות ID	שם מלא Full Name