

## שלום רב,

מצורפים בזה טפסי הרשמה לאבחון הכוללים : שאלון להורים ושאלון לצוות החינוכי בביה"ס. מטרת השאלונים הינה לקבל מידע ראשוני על התלמיד/ה ולסייע לצוות המקצועי של הסניף להמליץ על סוג האבחון ולהתאים איש מקצוע לצרכיו של התלמיד/ה. נא הקפידו להחזיר אלינו את השאלונים המקוריים בכתב יד ברור וקריא. לאחר קבלת השאלונים מכם התיק יועבר לראש תחום אבחונים להמשך טיפול. במידה ויהיה צורך במידע נוסף ניצור עמכם קשר טלפוני.

### הנחיות כלליות – נא לקרוא בעיון רב

- יש לצרף צילומים של : תעודת סיום שנה"ל האחרונה מביה"ס, אבחונים קודמים, חוו"ד/סיכומי ביקור של ריפוי בעיסוק, קלינאית/ת תקשורת, נויורולוגית, פסיכולוגית, וכו' במידה ויש.
- שיקולי הדעת בקביעת סוג אבחון מתייחסים גם להנחיות משרד החינוך.
- ישנם מקרים בהם אבחון אחד לא ייתן מענה לכל הקשיים עימם מתמודד/ת התלמיד/ה ולכן, המאבחנת תעדכן במקרים בהם יהיה צורך בבדיקות נוספות / אבחונים נוספים.
- במידה ויוצע לקיים השלמה פסיכולוגית לאחר אבחון דידיקטי - יש לבצעו עד שנה וחצי מיום האבחון הדידיקטי.
- לנבחנים מכתה ז' ומעלה - ההתאמות תקפות גם לחטיבה העליונה וזאת בתנאי שלא חלים שינויים ואין דרישות חדשות.
- במידה ויש דרישות חדשות/נוספות בחטיבה העליונה או לאחר שנה ממועד האבחון האחרון - ייתכן ויידרש אבחון חדש או טיפול בתיק - בתשלום.
- לאחר תיאום מועד לאבחון באחריות ההורים להגיע עם ילדם במועד שנקבע מראש .
- ביום האבחון על המאובחן/ת להגיע בליווי הורה.
- תלמיד/ה הנוטל/ת תרופות ייקח/תיקח אותן ביום האבחון כרגיל.
- לקוחות קופ"ח מכבי וכללית מתבקשים להגיע עם כרטיס מגנטי ביום האבחון ולגשת למשרד.
- כל המידע חסוי לפי חוק הגנת הפרט.
- ביטולים/דחיות :
- על ביטול או דחיית מועד האבחון יש להודיע לפחות 24 שעות לפני מועד האבחון .
- לתשומת לבכם, בגין אי הגעה ביום האבחון מכל סיבה שהיא - תחויבו בתשלום נוסף של 220 ₪.
- במידה והרישום לאבחון מבוטל על ידיכם – יוחזרו דמי החיוב למעט דמי רישום (דמי רישום בסך 80 ₪ לא יוחזרו).
- פירוט לגבי השתתפות קופות החולים בעלות האבחון – יימסרו טלפונית.
- בסיום האבחון מתקיימת שיחת סיכום. עבור שיחה נוספת - יש לשלם 180 ₪.
- לתשומת לבכם – לפני קביעת מועד לאבחון יש לקרוא בפירוט את טבלת סוגי ותעריפי האבחונים המופיעה בדף הבא.

חובת חתימה חלה על שני ההורים. ללא חתימות לא ייערך האבחון.  
חתימה על דף זה מהווה אישור והסכמה על המפורט בהנחיות הנ"ל.

שם האם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

הצוות המקצועי של ניצן רחובות יעמוד לרשותכם בכל שאלה בזמני הפעילות :

א' - ד' : 8:00 - 19:00 , ה' : 08:30-15:30

טלפון : 08-9468988 פקס : 079-5595251 אימייל : [rehovot@nitzan-israel.org.il](mailto:rehovot@nitzan-israel.org.il)

נא לסמן : האם האבחון הוא לצורך פסיכומטרי? כן / לא

נא להקיף: הנני מאשר/ת / לא מאשר/ת קבלת דוא"ל מניצן רחובות.

כתובת מייל :

תשלום : יש להסדיר התשלום עם תיאום מועד לאבחון ופתיחת תיק.

להלן פירוט סוגי האבחונים, עלויות ותנאי תשלום :

| מחיר            | סוג האבחון  |
|-----------------|---|
| ₪ 1,300         | אבחון דידקטי – תפיסות, קריאה וכתיבה   |
| ₪ 600 לכל מקצוע | תוספת אבחון - אנגלית / חשבון ( לאבחון דידקטי או פסיכולוגי בר תוקף )                                       |
| ₪ 1,100         | אבחון פסיכולוגי משלים (מיועד לתלמידים בעלי אבחון דידקטי בר תוקף)  |
| ₪ 2,200         | אבחון לפסיכומטרי  |
| ₪ 2,400         | אבחון פסיכודידקטי ( דידקטי + פסיכולוגי )  |
| ₪ 250           | טיפול חוזר בתיק לאחר שנה (לא כולל אבחון או ריענון אבחון)  |
| ₪ 400           | בדיקה ממוחשבת להפרעת קשב וריכוז - מוקסו (MOXO) - ללא תרופה<br>כולל הגשת דו"ח סיכום                        |
| ₪ 300           | בדיקה ממוחשבת להפרעת קשב וריכוז - מוקסו (MOXO) - ללא תרופה<br>לאחר אבחון דידקטי/פסיכודידקטי שנעשה בסניפנו |
| ₪ 250           | בדיקה ממוחשבת נוספת להפרעת קשב וריכוז - מוקסו (MOXO) – עם תרופה   |

שם המאבחן/ ת

אישור חיוב כרטיס אשראי -

סוג כרטיס :  ישראלכרט  ויזה  דינרס  אמריקן אקספרס

מספר כרטיס האשראי

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

תוקף

מס' ת. זהות

שם פרטי ומשפחה (בעל הכרטיס)

חתימה

תאריך

**שאלון פרטים אישיים – לנבדק/ת בגילאי 6-18  
למילוי ע"י ההורים**

שלום רב,

אנו מודים לכם על פנייתכם. שאלונים אלה חשובים לנו מאוד, ומילויים באופן מפורט יסייע בידינו להגיש לכם את השירות המקצועי והיעיל ביותר. אנא הקפידו למלא את הפרטים בתשומת לב ובדייקנות.

**פרטי המאבחן:**

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ מין: זכר / נקבה  
תאריך לידה: \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_ תאריך עליה: \_\_\_\_\_  
שפת אם: \_\_\_\_\_ שפה מדוברת בבית: \_\_\_\_\_  
רחוב: \_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_ טל' בית: \_\_\_\_\_  
שם ביה"ס/מוסד חינוכי: \_\_\_\_\_ כיתה: \_\_\_\_\_ ישוב: \_\_\_\_\_  
סוג הכיתה (רגילה, קטנה, אחרת): \_\_\_\_\_ קופת חולים וסוג ביטוח קופה: \_\_\_\_\_

**פרטי המשפחה:**

שם האם: \_\_\_\_\_ עיסוקה: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_  
שם האב: \_\_\_\_\_ עיסוקו: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_  
אחים ואחיות וגיליהם: \_\_\_\_\_

אירועים משפחתיים משמעותיים: מוות במשפחה, מעברים, גירושין או פרדה – **חובת דיווח**.

יזם/ יוזמי ההפניה לאבחון: \_\_\_\_\_

סיבת הפנייה לאבחון: \_\_\_\_\_

בעיית למידה במשפחה? אנה פרטי: \_\_\_\_\_

**מידע על המאבחן:**

נולד/ה בשבוע: \_\_\_\_\_ במשקל: \_\_\_\_\_ מהלך ההיריון: \_\_\_\_\_ מהלך הלידה: \_\_\_\_\_

**התפתחות מוטורית:** (פרט גילאים: ישיבה, הליכה, השימוש בידיים, זחילה)

**התפתחות שפתית:** באיזה גיל החלה לדבר מילים בודדות? \_\_\_\_\_ משפטים? \_\_\_\_\_

באם נצפו קשיים פרט את סוג הקשיים: \_\_\_\_\_

התפתחות חברתית (חברותיות, פסיביות-אקטיביות, אגרסיביות וכו'): \_\_\_\_\_

האם מקיים קשרי חברות ממושכים? \_\_\_\_\_

מצב בריאותי (אשפוזים, ניתוחים, האם היו בינקות מחלות של חוס גבוה, התכווצויות, מחלות בדרכי הנשימה, בעיות

אוזניים, בעיות שמיעה, בעיות ראייה, נטילת תרופות): \_\_\_\_\_

אירועים מיוחדים (הפרעות בשינה, הרטבה, מציצה, גמגום, מצבי רוח וכדומה): \_\_\_\_\_

מתי החלו הקשיים בהם מדובר? \_\_\_\_\_

#### אבחונים וטיפולים:

ציינו את סוג הטיפול שעבר/ה הילד/ה, באיזה גיל, הסיבה, משך הטיפול ותוצאות הטיפול: (חיוני לצרף דוחות וחוות

דעת) אבחון דיסקטי/ הוראה מתקנת/ אבחון פסיכולוגי/ טיפול פסיכולוגי/ ריפוי בעיסוק/ פיזיותרפיה / נוירולוג ילדים/ בדיקת ראייה/ בדיקת שמיעה.

האם טופלה ע"י מרפאה בעיסוק: כן/לא באיזה גיל ולכמה זמן? \_\_\_\_\_

סיבת הטיפול \_\_\_\_\_

האם טופלה ע"י קלינאית תקשורת: כן/לא באיזה גיל ולכמה זמן? \_\_\_\_\_

סיבת הטיפול \_\_\_\_\_

האם נערך אבחון קשב? פרט: \_\_\_\_\_

האם הומלץ טיפול תרופתי כלשהו? \_\_\_\_\_ האם נוטל תרופה? \_\_\_\_\_

#### גן הילדים

סוג הגן \_\_\_\_\_ האם קיבלה עזרה מגננת שי"ח (האם חל שיפור)? \_\_\_\_\_

האם התעוררו בעיות כלשהן בגן? אם כן פרטו \_\_\_\_\_

האם התעוררו בעיות ברכישת מיומנויות היסוד (קריאה, כתיבה, חשבון)? פרט/י \_\_\_\_\_

**בי"ס:**

המעבר לביה"ס (קשיים, תקין) \_\_\_\_\_ תפקוד בכיתה א : (קשיים, תקין) : \_\_\_\_\_  
סוג הכיתה בה שולבה : ( רגילה / קטנה) : \_\_\_\_\_  
האם התעוררו בעיות בתפקוד לימודי, רגשי, התנהגותי, קשיים בקשב, איחורים, חיסורים?

היחס לביה"ס \_\_\_\_\_ כיצד הסתגלה במעבר בין מסגרות \_\_\_\_\_

האם קבלה עזרה מחוץ לשעות הלימוד ? באילו מקצועות ובאיזה היקף ?

**אנא פרטי/י במיוחד את ההתמודדויות בלימודי המקצועות הבאים :**

לימודי השפה העברית והלשון :

מתמטיקה וגיאומטריה : \_\_\_\_\_

אנגלית : \_\_\_\_\_

**האופי וטיב התגובות הרגשיות :** (האם זקוקה לתשומת לב מרובה, מגלה צורך בולט באהדה, נעלבת בקלות, חרדה, עקשנות, בעלת מרץ, עצמאית, תלויה במבוגרים, תלויה בילדים, מנהיגה בחברה, ביישנית, בעלת מעצורים חזקים, נמצאת רוב הזמן בתנועה, אינוה מסוגלת לשבת במנוחה, שקטה במיוחד, ותרנית, שאפתנית, רברבנית, צנועה, אוהבת לעזור, טרדנית, "נודניקית", ילדותית, אם כן - כלפי מי? וכדומה)

תחומי עניין : במה מרבה לעסוק? (תחביבים, ספורט, טלוויזיה, האזנה לרדיו, מוסיקה, קריאה, האזנה לסיפורים וכדומה)

באילו חוגים משתתפת?

טיב הקשרים במשפחה ושאינם המשפחה \_\_\_\_\_

טיב הקשר בין ביה"ס וההורים \_\_\_\_\_

**שאלון הערכה לילדים ע"ש קונרס**

**למילוי ע"י ההורים**

**הוראות:** ציינו X במשבצת המתאימה בכל שורה. נא לסמן בכל השאלות.

| הרבה מאד | הרבה | במקצת | בכלל לא | תצפית   |
|----------|------|-------|---------|---|
|          |      |       |         | 1. חסר/ת מנוחה, פעיל/ה היותר                  |
|          |      |       |         | 2. מתרגש/ת ביותר, פזיז/ה                      |
|          |      |       |         | 3. מפריע/ה לילדים אחרים                       |
|          |      |       |         | 4. אינו/ה מצליח/ה לסיים דברים שהתחיל/ה        |
|          |      |       |         | 5. מתנועע/ת במקום כל הזמן                     |
|          |      |       |         | 6. מפוזר/ת, ניתן בקלות להסיח את דעתו/ה        |
|          |      |       |         | 7. דורש/ת סיפוק מיידי, מתוסכל/ת בקלות         |
|          |      |       |         | 8. בוכה לעיתים קרובות ובקלות                  |
|          |      |       |         | 9. מצב הרוח משתנה באופן מהיר וקיצוני          |
|          |      |       |         | 10. התפרצויות זעם, התנהגות בלתי ניתנת לחיזוי. |
|          |      |       |         | 11. תצפיות אחרות של המורה - הורה              |

הערות:

לעיתים חסרים פרטים חיוניים בשאלון אותם ניתן לקבל מפי גורם נוסף כמו מורה או יועצת.  
האם הנכם מסכימים שניצור אתם קשר? מסכים/ה / לא מסכים/ה

חתימה \_\_\_\_\_

## ADHD-ATTENTION DEFICIT / HYPERACTIVITY DISORDER

### קריטריונים אבחוניים להפרעת קשב/היפר קינטית למילוי ע"י ההורים

| לעיתים<br>תכופות<br>מאד | לעיתים<br>תכופות | לעיתים | בכלל לא | קשב  |
|-------------------------|------------------|--------|---------|--|
| 3                       | 2                | 1      | 0       | א. אינו נותן תשומת לב מספיקה לפרטים או שעושה טעויות רשלניות בעבודות הכתה, בבית או בפעילות אחרת           |
| 3                       | 2                | 1      | 0       | ב. מתקשה להישאר קשוב במטלות או במשחק   |
| 3                       | 2                | 1      | 0       | ג. נראה שאינו מקשיב כשמדברים אליו ישירות   |
| 3                       | 2                | 1      | 0       | ד. מתקשה לעקוב אחר הוראות ולסיים את עבודות הכיתה או מטלות אחרות (לא בשל התנגדו או בשל אי הבנה של ההוראות |
| 3                       | 2                | 1      | 0       | ה. מתקשה לארגן מטלות ופעילויות   |
| 3                       | 2                | 1      | 0       | ו. נמנע/אינו מחבב/ אינו שש למטלות הדורשות מאמץ חשיבתי ניכר (למשל שיעורי בית)                             |
| 3                       | 2                | 1      | 0       | ז. מאבד דברים הנחוצים לו לפעילויות ומטלות (למשל עפרונות, ספרים).   |
| 3                       | 2                | 1      | 0       | ח. דעתו מוסחת על ידי גירויים חיצוניים  |
| 3                       | 2                | 1      | 0       | ט. שוכח דברים בפעילויות יומיומיות  |

**קריטריונים אבחוניים להפרעת קשב/היפר קינטית**

**ADHD-ATTENTION DEFICIT / HYPERACTIVITY DISORDER**

**למילוי ע"י ההורים**

| לעיתים<br>תכופות<br>מאד | לעיתים<br>תכופות | לעיתים | בכלל לא | <b>היפראקטיביות – אימפולסיביות</b>  |
|-------------------------|------------------|--------|---------|---|
|                         |                  |        |         | <b>היפראקטיביות</b>   |
| 3                       | 2                | 1      | 0       | א. חוסר שקט/מתופף בידיו וברגליו או מתפתל בכיסאו   |
| 3                       | 2                | 1      | 0       | ב. קם מכיסאו במהלך השיעור או במצבים אחרים בהם מצופה מהילד להישאר בכיסאו                               |
| 3                       | 2                | 1      | 0       | ג. רץ או מטפס באופן מוגזם במצבים בהם זה אינו מקובל (בבני נוער או מבוגרים תחושה של אי שקט הינה מספיקה) |
| 3                       | 2                | 1      | 0       | ד. מתקשה לשחק או לקחת חלקה בפעילויות של שעות הפנאי באופן שקט  |
| 3                       | 2                | 1      | 0       | ה. כל הזמן ב"ריצה" או כאילו "מופעל ע"י מנוע טורבו"  |
| 3                       | 2                | 1      | 0       | ו. מדבר הרבה  |
|                         |                  |        |         | <b>אימפולסיביות</b>   |
| 3                       | 2                | 1      | 0       | א. יורה תשובות לפני שהספיקו לסיים לשאול את השאלה  |
| 3                       | 2                | 1      | 0       | ב. מתקשה לחכות לתורו  |
| 3                       | 2                | 1      | 0       | ג. מפריע או מתפרץ (לשיחה או משחק של אחרים)  |



### שאלון למורה

שם התלמיד/ה: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ כיתה: \_\_\_\_\_

שם המורה: \_\_\_\_\_ תפקיד: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

שם ביה"ס: \_\_\_\_\_ טלפון ביה"ס: \_\_\_\_\_

שם יועץ/ת השכבה: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

1. ממתני הנך מכירה את התלמיד/ה \_\_\_\_\_

2. הסיבות להפניה לאבחון: \_\_\_\_\_

3. ככל הידוע לך, מתי התחילו הבעיות? \_\_\_\_\_

4. חוות דעת כללית על התלמיד/ה – קשיים ונקודות חוזק.

קריאה והבנת נקרא \_\_\_\_\_

כתיבה \_\_\_\_\_

התרשמות מידע והבנה \_\_\_\_\_

השתתפות בשיעורים \_\_\_\_\_

עבודה עצמית \_\_\_\_\_

הכנת שיעורי בית \_\_\_\_\_

הבנה בתחומים נוספים \_\_\_\_\_

יכולת ריכוז \_\_\_\_\_

חשבון \_\_\_\_\_

אנגלית \_\_\_\_\_

5. התנהגות \_\_\_\_\_

מוטיבציה \_\_\_\_\_

ביקור סדיר בביה"ס \_\_\_\_\_

6. מצב חברתי \_\_\_\_\_

7. מידע נוסף \_\_\_\_\_

8. אבחונים קודמים (דידקטי, פסיכולוג, נוירולוג ילדים) \_\_\_\_\_

9. טיפולים בעבר (ריפוי בעיסוק, הוראה מותאמת, קלינאית תקשורת, פסיכולוגית): \_\_\_\_\_

10. טיפולים נוכחיים (כולל שיטות הוראה, יחידני או בקבוצות): \_\_\_\_\_

11. אפשרויות טיפול בביה"ס (מורה טיפולית, ריפוי בעיסוק ועוד): \_\_\_\_\_

12. הקשר בין ההורים למורה ולביה"ס \_\_\_\_\_

13. חוות דעת כללית על המשפחה \_\_\_\_\_

תאריך מילוי השאלון \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

ניתן לשלוח ישירות ל"ניצן" באמצעות פקס 079-5595251  
או באמצעות אימייל לדוא"ל [Rehovot@nitzan-israel.org.il](mailto:Rehovot@nitzan-israel.org.il)

**שאלון הערכה לילדים ע"ש קונרס**

**למילוי ע"י המורה**

**הוראות:** יש לסמן X במשבצת המתאימה בכל שורה. נא להשיב על כל השאלות. תודה.

| הרבה מאד | הרבה | במקצת | בכלל לא | תצפית  |
|----------|------|-------|---------|--|
|          |      |       |         | 1. חסר/ת מנוחה, פעילה יותר                   |
|          |      |       |         | 2. מתרגש/ת ביותר, פזיזה                      |
|          |      |       |         | 3. מפריעה לילדים אחרים                       |
|          |      |       |         | 4. אינו/ה מצליח/ה לסיים דברים שהתחיל/ה.      |
|          |      |       |         | 5. מתנועעת במקום כל הזמן                     |
|          |      |       |         | 6. מפוזר/ת, ניתן/ת בקלות להסיח דעתו/ה        |
|          |      |       |         | 7. דורש/ת סיפוק מיידי, מתוסכל/ת בקלות        |
|          |      |       |         | 8. בוכה לעיתים קרובות ובקלות                 |
|          |      |       |         | 9. מצב הרוח משתנה באופן מהיר וקיצוני         |
|          |      |       |         | 10. התפרצויות זעם, התנהגות בלתי ניתנת לחזוי. |
|          |      |       |         | תצפיות אחרות של המורה-הורה                   |

**הערות:**

---



---



---



---



---



---



---