

חובה למלא את השדות המסומנים ב *.

אל:

משרד הביטחון

אגף משפחות, הנצחה ומורשת

מאת:

שם המטפל*	
כתובת*	
טלפון*	
פקס	
דוא"ל*	

מרכז נושא ועובד שיקום	
מחוז מטפל	
תאריך	

הנדון: הערכת טיפול פסיכולוגי

פרטי הזכאי/ת

שם משפחה *	שם פרטי *	מספר תיק *
תחילת מועד הטיפול	סוג הטיפול :	
	<input type="checkbox"/> פרטני <input type="checkbox"/> משפחתי <input type="checkbox"/> קבוצתי	
דו"ח זה מתייחס לטיפול שהתקיים בתקופה		
מתאריך	עד תאריך	
המפגשים התקיימו בתדירות של _____ (לכתוב כמות) פעמים <input type="checkbox"/> בשבוע / <input type="checkbox"/> בחודש		
במידה וזה אינו הדו"ח הראשון הנמסר ע"י המטפל/ת, יש להתייחס בדו"ח זה להלך הטיפול מאז הדו"ח האחרון.		



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

1. הבעיות המרכזיות, כפי שהוגדרו ע"י המטפל/ת על בסיס ההתרשמות בתחילת תקופת הטיפול:

2. מטרות הטיפול כפי שהוגדרו בתחילת תקופת הטיפול:

3. הגישה הטיפולית (המודל התיאורטי, טכניקות טיפוליות וכיו"ב) לפיה בוצע הטיפול עד כה:



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

4. שיתוף הפעולה של המטופל, סדירות ההופעה לפגישות, הקפדה על לוח זמנים וכד':

5. תיאור הישגי הטיפול תוך התייחסות למטרות הטיפול:

6. תיאור כללי של התפקוד בתחומי החיים השונים כיום (תפקוד אישי, משפחתי, חברתי, תעסוקתי, וכיו"ב):

:

משרד הביטחון, אגף משפחות, הנצחה ומורשת

מרכז שרות טלפוני: 03-7776700 | www.mishpahot-hantzaha.mod.gov.il



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

במידה והמטפל ממליץ על המשך הטיפול – המשך ומלא חלק זה

7. הבעיות המרכזיות ומטרות הטיפול כפי שמוגדרות היום ע"י המטפל/ת:

8. בהנחה שהתקיימה שיחת סיכום והערכה בין המטפל, יש לסכם את תפיסתו של המטופל לגבי הטיפול: במה תרם להערכתו הטיפול עד כה ובאיזה נושאים מבקש עוד לעסוק בטיפול בעתיד:

9. תחזית והמלצה לגבי המשך הטיפול הנחוץ- משך הזמן ותדירות הפגישות:



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

10. הערות:

Empty rectangular box for notes.

תאריך

חתימה