גישור סנטר
הרב אליהו בראון C.Med. , RP ,M.Sc.(Ed)
מגשר ופסיכותרפיסט און- ליין
רח' ירושלים 51/4א עפולה 1825153
058-721-7629 ely@gishur.ca

שאלון קבלת לקוחות (טופס אינטייק)

מלא את השאלון שלהלן ושלח חזרה לפני הפגישה הראשונה שלך.
שים לב: המידע המופיע בטופס זה מוגן כמידע סודי.
קראתי והבנתי את הצהרת סודיות - אשר ( )

מידע אישי

שם ושם משפחה:___________________________________ תאריך: _______________

תעודת זהות ________________________

אב/אם / אפוטרופוס (אם מתחת לגיל 18) ___________________________

כתובת:____

טלפון בבית: ______________________האם נשאיר הודעה? כן □ לא □

טלפון נייד:______________________ האם להשאיר הודעה? כן □ לא □

טלפון עבודה/אחר:____________________ האם להשאיר הודעה? כן □ לא □

אימייל:______________________________ האם להשאיר הודעה? כן □ לא □

* שים לב: התכתבות דואר אלקטרוני אינה נחשבת כאמצעי תקשורת סודי.

תאריך לידה: __________________ גיל: _____________ מין: _________

מצב משפחתי: ☐ רווק ☐ שותף/ית לחיים ☐ נשוי ☐ פרוד
☐ גרוש ☐ אלמן

יש לך ילדים? כן □ לא □ האם הם גרים אתך? כן □ לא □
אם יש לך ילדים, אנא ציין/ני שמות וגילים:
____
____
____
____

הפניה (אם קיימת):____

שם________________________

היסטוריה

האם קיבלת בעבר כל סוג של שירותי בריאות הנפש (פסיכותרפיה, שירותים פסיכיאטריים וכו')? כן ☐ לא ☐
מטפל בעבר:____
____

האם את/ה נוטל/ת תרופות מרשם? כן ☐ לא ☐
אם כן, נא לרשום:
____
____
____

האם אי פעם נרשמת לתרופות פסיכיאטריות? כן ☐ לא ☐
אם כן, ציין ורשום תאריכים:
____
____
____

מידע כללי על בריאות הנפש

1. איך היית מדרג/ת את הבריאות הגופנית הנוכחית שלך?

(סמן/ני נא מעגל אחד) גרוע משביע רצון טוב טוב מאוד

ציין רשימה של בעיות בריאות ספציפיות שאת/ה חווה כעת:
____
____
____
____

2. איך היית מדרג/ת הרגלי השינה הנוכחית שלך?

(סמן/ני נא מעגל אחד) גרוע משביע רצון טוב טוב מאוד

רשום/מי רשימה של בעיות שינה ספציפיות שאת/ה חווה כעת:
____
____
____
____

3. כמה פעמים בשבוע את/ה בדרך כלל עושה פעילות גופנית? ______________

באיזו סוגי תרגילים או ספורט אתם משתתף/פת?
____
____
____

שם_______________________________________

4. נא לרשום כל קשיי שאת/ה נתקל/ת עם התיאבון שלך או בעיית אכילה:

____

____

____

____

5. האם את/ה חווה כעת עצב, יגון או דיכאון? כן ☐ לא ☐
אם כן, במשך כמה זמן?

____

6. האם את/ה חווה חרדה, התקפות פאניקה או כל פוביות? כן ☐ לא ☐

אם כן, מתי התחלת לחוות את זה?

____

7. האם את/ה חווה איזה שהוא כאב כרוני? כן ☐ לא ☐
אם כן, אנא תאר:

____

____

____

____

8. האם את/ה שותה אלכוהול יותר מפעם בשבוע? כן ☐ לא ☐ _______________

9. באיזו תדירות את/ה משתמש/ת בסמים?
☐ יומי ☐ שבועי ☐ חודשי ☐ לעיתים רחוקות ☐ לעולם לא

10. האם את/ה כרגע במערכת יחסים רומנטית? כן ☐ לא ☐

אם כן, כמה זמן?

____

אם כן דרג/י נא בסולם של 1-10 (כאשר 1 נמוך ו 10 גבוהה), איך היחסים שלך? _______________________

11. אילו שינויים משמעותיים או אירועים מלחיצים בחיים שחווית לאחרונה?

____

____

____

____

____

שם___________________________________

היסטוריה של בריאות הנפש
בסעיף הבא, ענה/י אם יש היסטוריה משפחתית של כל אחד מהרשימה הבאה. אם כן, ציין/ני את הקשר של בן המשפחה אליך בשורה המתאימה (למשל, אב, סבתא, דוד וכו').

אלכוהול/ התעללות בסמים	כן/לא	___________________________
חרדה	כן/לא	___________________________
דיכאון	כן/לא	___________________________
אלימות במשפחה	כן/לא	___________________________
הפרעות אכילה	כן/לא	___________________________
השמנה	כן/לא	___________________________
התנהגות כפייתית אובססיבית	כן/לא	_______________________
סכיזופרניה	כן/לא	___________________________
ניסיונות התאבדות	כן/לא	___________________________

מידע נוסף

1. האם את/ה עובד/ת כרגע? כן ☐ לא ☐

אם כן, מהו מצב התעסוקה הנוכחי שלך?

____
____
____
____

האם את/ה נהנה מעבודתך? ____

האם יש משהו מלחיץ בעבודה הנוכחית שלך?

____
____
____
____
____

2. האם את/ה מחשיב/ה את עצמך להיות רוחני או דתי? כן ☐ לא ☐

אם כן, לתאר את האמונה שלך:

____
____
____
____

3. מהן נקודות החוזק שלך לפי דעתך?

____
____
____
____
____
____

שם____

4. מהן נקודות החולשה שלך?

____

____

____

____

____

5. מה את/ה רוצה להשיג מהמפגשים שלנו?

____

____

____