



מרכז הורות ומשפחה ע"ש לאה וויס  
המועצה האזורית נחל - שורק

סימוכין: 64404

בס"ד

### קשת של שירותים למשפחה תחת קורת גג אחת!

כהורים לילדים אנו מעוניינים לספק לילדינו את צרכיהם השונים לשם התפתחותם התקינה. אנו דואגים להתפתחותם בתחומים רבים – בתחום הפיסי הרגשי והקוגניטיבי. לעיתים אנו זקוקים לעזרה נוספת של אנשי מקצוע בכדי לעשות זאת בצורה הטובה ביותר.

### במיוחד לשם כך הוקם מרכז קשת !

כאן במרכז קשת חשבנו על מגוון התחומים שמשפחה יכולה להיעזר בהם ולקבל מענה מקצועי, זמין ומותאם. בקשת מחכים לכם אנשי מקצוע בתחומים השונים, המוכשרים לסייע בקשת של כלים ולמגוון רחב של צרכים ואתגרים. המרכז נותן מענה לילדים בכל הגילאים וכן מענה להורים ולמשפחה בכללותה.

#### מה בקשת?

- \* טיפול בדיבור
- \* ריפוי בעיסוק
- \* פיזיותרפיה
- \* תרפיה באמנות
- \* תרפיה במוסיקה
- \* דרמה תרפיה
- \* תרפיה בתנועה
- \* פסיכותרפיה
- \* תרפיה באמצעות בעלי חיים
- \* אבחונים פסיכו-דידקטיים
- \* סדנאות להורים במגוון תחומים
- \* הדרכה הורית וטיפול זוגי ומשפחתי ע"י פסיכולוג.

בפנייתכם למרכז, נבקש למלא בפירוט את השאלון המצ"ב, ונשמח לעמוד לרשותכם. השאלון יועבר לעו"ס מנהלת קשת ולמטפל המיועד בלבד. שימו לב – גם פגישת ההיכרות הראשונה עם המטפל הינה פגישה בתשלום.

את השאלון יש למלא ולהחזיר לפקס- 073-7073831 או למייל [ORLI@MA-SOREQ.ORG.IL](mailto:ORLI@MA-SOREQ.ORG.IL)  
לפרטים נוספים מזכירות "מרכז קשת" 073-7073838 (אורלי)  
תודה על מילוי השאלון!  
נהיה עמכם בקשר בהקדם.



מרכז הורות ומשפחה ע"ש לאה וויס  
המועצה האזורית נחל - שורק



## תעריפים 2015

תעריף לתושבי חוץ שלא מהמועצה	מחיר לתושבי המועצה	סוג הטיפול
₪ 180	₪ 165	פרא-רפואי
₪ 200	₪ 180	תרפיה
₪ 260	₪ 240	הדרכת הורים, טיפול פסיכולוגי, טיפול זוגי, משפחתי, תרפיית גשטאלט
₪ 150 לילד	₪ 120 לילד	קבוצה 2/3/4 ילדים
	₪ 2500	אבחון פסיכודידקטי
	₪ 1800	אבחון פסיכולוגי
	₪ 1200	אבחון רגשי
	₪ 480	עדכון אבחון / אישור רכיבה טיפולית
	₪ 1800	אבחון הדלגה



מרכז הורות ומשפחה ע"ש לאה וויס  
המועצה האזורית נחל - שורק

תאריך: \_\_\_\_\_

### שאלון פניה מתבגרים וילדים

השאלון שלפניכם נועד להבהיר את פנייתכם –  
השאלון והפרטים שבו ישמרו בסודיות.

1. עבור מי הטיפול המבוקש: \_\_\_\_\_  
שם: \_\_\_\_\_ ת.ז: \_\_\_\_\_ ת.ל: \_\_\_\_\_
2. מסגרת חינוכית: \_\_\_\_\_ כתה: \_\_\_\_\_
3. שמות ההורים: \_\_\_\_\_  
אב: \_\_\_\_\_ עיסוק: \_\_\_\_\_ טל נייד: \_\_\_\_\_  
אם: \_\_\_\_\_ עיסוק: \_\_\_\_\_ טל נייד: \_\_\_\_\_  
מצב משפחתי: \_\_\_\_\_
4. קופת חולים: \_\_\_\_\_
5. כתובת: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

האם אתם מעוניינים להצטרף למשפחות "קשת" ולקבל מאתנו מאמרים מקצועיים בתוספת טיפים להורים, עדכונים על סדנאות, פעילויות קיימות במרכז, הרצאות בתחומים מגוונים ועוד? כן / לא

6. האם אתם נמצאים היום בקשר טיפולי אחר: כן / לא
7. אם כן, פרטו איזה? \_\_\_\_\_
8. בני משפחה: \_\_\_\_\_

שם	שנת לידה	ארץ לידה	מקום לימודים/תעסוקה	הערות



מרכז הורות ומשפחה ע"ש לאה וויס  
המועצה האזורית נחל - שורק

9. האם מישהו נוסף מתגורר בבית: \_\_\_\_\_

10. יוזם הפניה: הורים / ביה"ס / גורם אחר: \_\_\_\_\_

11. סיבת הפניה: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. מה הציפיות / מטרות שלכם מהטיפול? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. האם ומה נעשה עד כה כדי להתמודד עם הנושא? (טיפולים/אבחון/הדרכה..) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. התנהגות בבית: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. התנהגות במסגרות מחוץ לבית: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

16. יחסים חברתיים מחוץ לבית: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. הישגים לימודיים: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

18. האם יש קשיי למידה: \_\_\_\_\_



מרכז הורות ומשפחה ע"ש לאה וויס  
המועצה האזורית נחל - שורק

19. האם יש בעיות סביב אכילה, שינה? \_\_\_\_\_

---

---

20. מהן נקודות החוזק של הילד? תחביבים? \_\_\_\_\_

---

---

21. האם יש הסכמה בין ההורים על גישה חינוכית? \_\_\_\_\_

---

---

22. האם אתם מעוניינים בהדרכת הורים? \_\_\_\_\_

---

---

23. מה ייתן לך את ההרגשה / בטחון שניתן לסיים הטיפול: \_\_\_\_\_

---

---

24. מהיכרותך את הילד/ילדה איזה סוג טיפול נראה לך נכון יותר?

(ניתן לסמן מס' אפשרויות):

תרפיה באומנות, תרפיה באמצעות בע"ח, תרפיה במוזיקה, תרפיה בתנועה,

הדרכת הורים, טיפול פסיכולוגי, אחר: \_\_\_\_\_.

- האם אתם מעוניינים בטיפול קבוצתי כן / לא (נוכל להיענות לכך במידה ויהיו ילדים נוספים שיתאימו בגיל ובצרכים לפתיחת קבוצה).

25. ימים מועדפים: \_\_\_\_\_ בוקר / אחה"צ.

26. מטפל / מטפלת.

27. האם חשוב לכם שהמטפל/ת יהיה מהמגזר הדתי: כן / לא.

28. האם הילד/ה עברו אבחון? כן/לא. אם כן פרטו איזה אבחון עבר \_\_\_\_\_.

29. הערות נוספות: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---