



## שרותי הייעוץ הפסיכולוגי לסטודנטים

1

תאריך: \_\_\_\_\_

### טופס קבלה לייעוץ

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_

יליד שנת: \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_ שנת עליה: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_

מצב משפחתי: \_\_\_\_\_ מס' ילדים: \_\_\_\_\_ גר עם ההורים: כן / לא מין: ז / נ

#### לימודים במכללה:

מסלול לימודים: \_\_\_\_\_ שנת לימודים: \_\_\_\_\_ שנה פדגוגית א/ב/ג/ד

מועד סיום התואר: \_\_\_\_\_

#### סיבת הפנייה:

מי הפנה אותך לשירות? \_\_\_\_\_

פרטי מעט על הבעיה, כמה זמן את/ה מוטרד/ת מבעיה זו? האם קרו לאחרונה אירועים שהשפיעו לדעתך על היווצרות הבעיה? איך התמודדת עם בעיה זו עד כה? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

דחיפות הפנייה (הקף/י בעיגול): דחוף / רגיל  
האם טופלת בעבר או את/ה מטופלת/ת עתה במקום אחר? (הקף/י בעיגול) כן / לא .

היכן? \_\_\_\_\_ מתי התקיימה הפגישה האחרונה? \_\_\_\_\_



**פרטים על בני משפחה:**

שם האב: \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_ שנת עליה: \_\_\_\_\_ שנות השכלה: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_ עיסוק: \_\_\_\_\_

שם האם: \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_ שנת עליה: \_\_\_\_\_ שנות השכלה: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_ עיסוק: \_\_\_\_\_

מס' אחים: \_\_\_\_\_

**פרטים על ילדים:** מס' ילדים: \_\_\_\_\_ גילאי הילדים: \_\_\_\_\_ כמה מהם מתגוררים בבית? \_\_\_\_\_

**שירות בצה"ל/שירות לאומי:**

פרופיל: \_\_\_\_\_ תפקיד בשירות: \_\_\_\_\_ משרת במילואים: **כן / לא**

במידה וקיבלת פטור משירות סדיר ציין/ני סיבה: \_\_\_\_\_

**מצב בריאותי:**

מצבך הבריאותי בעבר, בהווה (מחלות, אשפוזים, נכות, נטילת תרופות וכיו"ב).

---

---

---

---

---

**תעסוקה:**

האם הנך עובד/ת? **כן / לא**

מקום עבודה כיום: \_\_\_\_\_ תפקיד במקום העבודה: \_\_\_\_\_

תאריך מילוי הטופס: \_\_\_\_\_ חתימת הפונה \_\_\_\_\_

**סודיות מובטחת !!!**