



עורך: מ. וולנסקי

מחלקה - דיקאן

תאריך: 16.5.11

מהדורה: 3

עמוד 1 מתוך 2

טופס מס 434: פנייה לייעוץ פסיכולוגי

שרותי הייעוץ לסטודנטים

תאריך: _____

טופס קבלה

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 מטופל/ת עתה במקום אחר? (הקף/י בעיגול) כן / לא .

היכן? _____ מתי התקיימה הפגישה האחרונה? _____



עורך: מ. וולנסקי

מחלקה - דיקאן

תאריך: 16.5.11

מהדורה: 3

עמוד 2 מתוך 2

טופס מס 434: פנייה לייעוץ פסיכולוגי

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 !!!