

היחידה ליעוץ פסיכולוגי  
דיקנאט הסטודנטים  
אוניברסיטת חיפה  
טל': 04-8249334

## שאלון לפונה תשפ"ה

• יש למלא ולשלוח למייל המדור הקליני [mclini@univ.haifa.ac.il](mailto:mclini@univ.haifa.ac.il)

© כל הזכויות שמורות ליחידה ליעוץ פסיכולוגי, אוניברסיטת חיפה. אין לצלם או לעשות כל שימוש בטופס, ללא אישור בכתב של היחידה ליעוץ פסיכולוגי.

תאריך פנייה: \_\_\_\_\_  
מראיין: \_\_\_\_\_  
פגישה: יום \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_

\* הערה: השאלון מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד, והוא פונה לגברים ולנשים כאחד.

### פרטים אישיים:

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_  
ת.ז.: \_\_\_\_\_ מין: זכר / נקבה  
מצב משפחתי: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_  
מקום לידה: \_\_\_\_\_ שנת עליה: \_\_\_\_\_  
דת: \_\_\_\_\_ לאום: \_\_\_\_\_  
כתובת קבועה: \_\_\_\_\_ טל': \_\_\_\_\_  
כתובת נוכחית: \_\_\_\_\_ טל': \_\_\_\_\_  
דוא"ל: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_

מגורים (הקף בהתאם): עם ההורים / שכירות - לבד / שכירות - שותפים / שכירות - בן, בת- זוג / מעונות /

בעל/ת דירה / אחר: \_\_\_\_\_

מבוטח בקופ"ח: \_\_\_\_\_ חבר/ה בביטוח משלים בקופ"ח: כן / לא

עבודה: (אני עובד ב ...)

1. \_\_\_\_\_ בתפקיד: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ בתפקיד: \_\_\_\_\_

### לימודים:

סטודנט באוניברסיטת חיפה -

בחוג: \_\_\_\_\_ תואר: \_\_\_\_\_ שנה: \_\_\_\_\_  
בחוג: \_\_\_\_\_ תואר: \_\_\_\_\_ שנה: \_\_\_\_\_

עד כמה אתה שבע רצון מלימודיך ?

כלל לא  במידה מועטה  במידה בינונית  במידה רבה  במידה רבה מאוד

באיזו מידה הינך ממצה את הפוטנציאל האקדמי שלך ?

כלל לא  במידה מועטה  במידה בינונית  במידה רבה  במידה רבה מאוד

פרט: \_\_\_\_\_

### לימודים אקדמיים קודמים:

בחוג: \_\_\_\_\_ אוניברסיטה/מכללה: \_\_\_\_\_ תואר: \_\_\_\_\_  
בחוג: \_\_\_\_\_ אוניברסיטה/מכללה: \_\_\_\_\_ תואר: \_\_\_\_\_

האם אובחנת כסובל מלקות למידה ? כן / לא

האם אתה סובל או סבלת בעבר מהפרעת אכילה ? כן / לא אם כן, פרט:

\_\_\_\_\_

כן, איזה סוג של לקות ? \_\_\_\_\_

היכן אובחנת ? \_\_\_\_\_

האם את/ה סובל/ת מהפרעת קשב וריכוז? כן / לא אם כן, במה זה מתבטא:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

האם עברת אבחון? כן / לא אם עברת אבחון, מה היו הממצאים:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

האם הנך נוטל תרופות פסיכיאטריות? כן / לא

כיום	בעבר	
		אם כן, אילו תרופות?
		ממתי הנך נוטל אותם?
		מה שם הרופא שרשם לך אותם?

האם יש בעיות פסיכיאטריות בקרב בני המשפחה? כן / לא

אם כן, פרט: \_\_\_\_\_

### **פניה לטיפול:**

ממי שמעת על האפשרות לטיפול באוניברסיטה?

שנתון / חבר/ה / מרצה / מודעה / דוא"ל / אתר אינטרנט / עצמי / רופא / אחר: \_\_\_\_\_

האם היית בטיפול פסיכולוגי או ייעוצי בעבר? כן / לא

(נא לציין גם פניות למדור ליעוץ והכוון תעסוקתי באוניברסיטת חיפה), אם כן:

**פעם ראשונה:** איפה? \_\_\_\_\_ מ: \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_

מה הייתה הסיבה העיקרית לפנייתך לטיפול?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**פעם שנייה:** איפה? \_\_\_\_\_ מ: \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_

מה הייתה הסיבה העיקרית לפנייתך לטיפול?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **סיבת הפנייה הנוכחית**

בכדי לסייע לנו בהכרות עימך ובתכנון העזרה הדרושה, נבקשך לפרט את הגורמים לפנייתך לטיפול.

1. מהי הסיבה העיקרית לפנייתך?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. כמה זמן אתה מוטרד מהבעיה אשר הביאה אותך לפנות לטיפול (הקף את התשובה המתאימה ביותר)?

1. פחות מחודש
2. חודש עד שלושה חודשים
3. שלושה עד שישה חודשים
4. שישה חודשים עד שנה
5. שנה עד שנתיים
6. יותר משנתיים

3. מתי התחלת להרגיש שקשה לך (לא בהכרח בנושאים הקשורים לפנייה הנוכחית)?

1. לא הרגשתי קשיים מיוחדים לפני הפניה הנוכחית
2. בתקופת לימודי באוניברסיטה
3. בתקופת השירות הצבאי
4. בתקופת התיכון
5. בתקופת בית הספר היסודי
6. בילדות המוקדמת

4. כיצד היית מגדיר את הרגשתך בחודשים האחרונים (הקף את התשובה המתאימה ביותר)?

1. רע מאוד, קשה לי לעבור את היום.
2. רע, לעיתים קרובות קשה לי.
3. ככה ככה, אני מחזיק מעמד אך זה דורש מאמץ מסויים.
4. טוב, יש לי עליות וירידות.
5. טוב מאוד, אין לי תלונות מיוחדות.

5. ציין באיזו מידה הינך חש קושי בתחומים הבאים **בחודשים האחרונים** (סמן X בעמודה המתאימה):

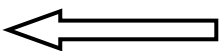
לא רלבנטי	כלל לא	במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה	במידה רבה מאוד	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>התחום הלימודי</b> פרט: _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>יחסים עם בני המשפחה והתמודדויות הקשורות במשפחה</b> פרט: _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>יצירת קשר זוגי</b> פרט: _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>יחסים עם בן/ בת זוג</b> פרט: _____ _____ _____

	_____
	_____
	<b>התחום החברתי</b>
	פרט: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>התחום הרגשי</b> (כגון: התמודדות עם מצבי רוח, מתחים וכדומה)
	פרט: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>התחום הגופני</b> (כגון: כאבי ראש, קשיי שינה, עייפות וכדומה)
	פרט: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>התחום המיני</b> (כגון: קשיים בתפקוד המיני, חוסר חשק מיני)
	פרט: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>התחום הכלכלי</b> (קשיים לממן את הוצאותיך)
	פרט: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>התחום התעסוקתי</b> (כגון: קשיים במציאת משרה או בשמירה על מקום עבודה) פרט: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>הביטחון העצמי והערך העצמי</b>
	פרט: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**לתשומת ליבך: הפריטים הבאים אינם מתייחסים רק לחודשים האחרונים :**

	<b>התמודדות עם אירוע קשה שהתרחש בחייך בתקופה האחרונה או בעבר.</b> ציין מהו האירוע ומתי התרחש:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>תחום אחר שבו קיים קושי בתקופה האחרונה או היה קושי בעבר.</b> פרט: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



6. על מנת לעזור לנו להבין איך אתה מרגיש בזמן האחרון, אנא חשוב על השבוע האחרון כולל היום.

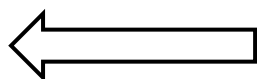
אנא קרא את המשפטים הבאים בתשומת לב, והקף בעיגול את התשובה המתארת את מצבך

בצורה הטובה ביותר ב- 7 הימים האחרונים:

כמעט תמיד	לעיתים קרובות	לפעמים	לעיתים רחוקות	אף פעם	במהלך השבוע האחרון קרה לי ש:	
4	3	2	1	0	אני מסתדר היטב עם אחרים	1
4	3	2	1	0	אני מתעייף בקלות	2
4	3	2	1	0	אני מרגיש חוסר עניין בדברים	3
4	3	2	1	0	אני מרגיש לחץ בעבודה/בלימודים	4
4	3	2	1	0	אני מאשים את עצמי בדברים שקורים	5
4	3	2	1	0	אני מרגיש שדברים מעצבנים אותי	6
4	3	2	1	0	אני מרגיש לא מאושר בחיי הנישואין שלי או ביחסי הזוג המשמעותיים שלי	7
4	3	2	1	0	יש לי מחשבות אבדניות	8
4	3	2	1	0	אני מרגיש חלש	9
4	3	2	1	0	אני פוחד	10
4	3	2	1	0	בבוקר שלאחר שתיית הרבה אלכוהול אני זקוק למשקה אלכוהולי כדי להתחיל את היום (אם אינך שותה סמן "אף פעם")	11
4	3	2	1	0	אני שבע רצון מהעבודה/לימודים שלי	12
4	3	2	1	0	אני אדם מאושר	13
4	3	2	1	0	אני עובד/לומד יותר מדי	14
4	3	2	1	0	אני מרגיש חסר ערך	15
4	3	2	1	0	אני מוטרד מבעיות משפחתיות	16
4	3	2	1	0	איני מסופק מחיי המין שלי	17
4	3	2	1	0	אני מרגיש בודד	18
4	3	2	1	0	אני מתווכח לעיתים קרובות	19
4	3	2	1	0	אני מרגיש אהוב ורצוי	20

כמעט תמיד	לעיתים קרובות	לפעמים	לעיתים רחוקות	אף פעם	במהלך השבוע האחרון קרה לי ש:	
4	3	2	1	0	אני נהנה מזמני הפנוי	21
4	3	2	1	0	אני מתקשה להתרכז	22
4	3	2	1	0	אני מרגיש חוסר תקווה לגבי העתיד	23
4	3	2	1	0	אני אוהב את עצמי	24
4	3	2	1	0	מחשבות טורדניות חולפות במוחי ואיני יכול להיפטר מהן	25
4	3	2	1	0	אני מתרגז על אנשים שמבקרים את הרגלי השתייה שלי או הסמים שלי (אם אינך שותה או משתמש בסמים סמן "אף פעם")	26
4	3	2	1	0	אני סובל מקיבה רגישה	27
4	3	2	1	0	רמת העבודה/לימודים שלי אינה טובה כבעבר	28
4	3	2	1	0	יש לי דפיקות לב חזקות מדי	29
4	3	2	1	0	אני מתקשה להסתדר עם חברים ומכרים טובים	30
4	3	2	1	0	אני שבע רצון מחיי	31
4	3	2	1	0	יש לי בעיות בעבודה/לימודים בגלל שתיית אלכוהול או בשימוש בסמים (אם אינך שותה או משתמש בסמים סמן "אף פעם")	32
4	3	2	1	0	אני מרגיש שמהו רע עומד להתרחש	33
4	3	2	1	0	אני סובל מכאבי שרירים	34
4	3	2	1	0	אני פוחד ממקומות פתוחים, מנהיגה, נסיעה באוטובוס או ברכבת וכדומה	35
4	3	2	1	0	אני מרגיש עצבני	36
4	3	2	1	0	אני מרגיש שיחסי האהבה שלי מלאים ומספקים	37
4	3	2	1	0	אני מרגיש אני לא מתפקד היטב בעבודה/ לימודים	38
4	3	2	1	0	יש לי יותר מדי חילוקי דעות בעבודה/ לימודים	39
4	3	2	1	0	אני מרגיש שמהו לא בסדר אצלי בראש	40
4	3	2	1	0	אני מתקשה להירדם או מתקשה לישון	41
4	3	2	1	0	אני מרגיש מדוכדך	42
4	3	2	1	0	אני שבע רצון ממערכות היחסים שלי עם אחרים	43

4	3	2	1	0	אני מרגיש כועס בעבודה / לימודים עד כדי כך שאני יכול לעשות משהו עליו אני עשוי להתחרט	44
4	3	2	1	0	אני סובל מכאבי ראש	45



### תיאור עצמי:

לפניך רשימה של דרכים בהן אנשים לעיתים מתארים את עצמם. עד כמה כל אחת מהאמירות הבאות מתארת אותך:

כלל לא	במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה	במידה רבה מאוד	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. אני מאוד ביישן
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. אני ניפגע בקלות מביקורת או גינוי המופנים כלפי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. יש לי כוח רצון ואני חותר להגשמת מטרותיי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. אם אני מקבל אפילו רמז בנוגע לכך שמערכת יחסים עומדת להסתיים, אני מתפרק לחתיכות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. בדרך כלל אני נותן לאחרים לקבל החלטות חשובות עבורי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. אני מאוד מאוכזב כשאני לא מקבל הרבה אישורים ושבחים מאחרים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. לעיתים קרובות אני מרגיש שאני גאה בעצמי ומעריך את עצמי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. יש לי חוש הומור
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. לעיתים קרובות אני חושב איזה בן אדם נהדר אני או אוכל להיות בעתיד
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. אני מבזבז הרבה אנרגיה וזמן בניסיון להפוך דברים למושלמים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. במקום לסרב לעשות משהו באופן גלוי אני נוטה לזעוף, לדחות את ביצועם של הדברים או להיכנס לויכוח
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. לא באמת אכפת לי אם אחרים יפגעו, כל עוד אני מקבל את מה שאני רוצה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. בדרך כלל יש לי הרגשה שאני שולט בחיי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. לעיתים קרובות אני תוהה האם אחרים יפגעו בי או ינצלו אותי



## רקע:

תאר איזה ילד היית (מזיכרוןך או מתיאור של בני משפחתך) **ציין אירועים משמעותיים בילדות** (כולל מאורעות בולטים שהתרחשו במשפחתך ובסביבתך והשפיעו עליך):

עליך): \_\_\_\_\_

**ציין אירועים משמעותיים בגיל ההתבגרות** (כולל מאורעות בולטים שהתרחשו במשפחתך ובבית הספר והשפיעו עליך): \_\_\_\_\_

**ציין הישגים משמעותיים שהיו לך במהלך חיך:**

## שירות צבאי:

הקף בהתאם: שרות מלא / שרות חלקי / שרות לאומי / עתודאי / פטור משרות

תאריך שחרור: \_\_\_\_\_ דרגה בעת השחרור: \_\_\_\_\_

תפקידים בצבא: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

תפקידים במסגרת שירות לאומי: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

## משפחה:

**אב:** ארץ לידה: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_ שנת עליה: \_\_\_\_\_

השכלה: יסודית / תיכונית / מקצועית / גבוהה

עובד / פנסיונר / אחר: \_\_\_\_\_

**אם:** ארץ לידה: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_ שנת עליה: \_\_\_\_\_

השכלה: יסודית / תיכונית / מקצועית / גבוהה

עובדת / פנסיונרית / אחר: \_\_\_\_\_

האם הוריק התגרשו או נפרדו? כן / לא

אם כן, מה היה גילך? \_\_\_\_\_ עם מי התגוררת לאחר הפרידה? אם / אב / אחר: \_\_\_\_\_

**אב חורג:** ארץ לידה: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_ שנת עליה: \_\_\_\_\_  
 השכלה: יסודית / תיכונית / מקצועית / גבוהה מקצוע: \_\_\_\_\_  
 עובד / פנסיונר / אחר: \_\_\_\_\_

**אם חורגת:** ארץ לידה: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_ שנת עליה: \_\_\_\_\_  
 השכלה: יסודית / תיכונית / מקצועית / גבוהה מקצוע: \_\_\_\_\_  
 עובדת / פנסיונרית / אחר: \_\_\_\_\_

**אחים ואחיות:** מס' אחים ואחיות (כולל אותך): \_\_\_\_\_ מקומך במשפחה (בכור-1) \_\_\_\_\_ **פרט:**

						<b>גיל</b>
						<b>מין</b>
						<b>השכלה</b>
						<b>מקצוע</b>
						<b>מצב משפחתי</b>
						<b>מס' ילדים</b>

**בן/בת זוג:** ארץ לידה: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_ שנת עליה: \_\_\_\_\_

השכלה: יסודית / תיכונית / מקצועית / גבוהה מקצוע: \_\_\_\_\_

**ילדים:** האם יש לך ילדים? כן / לא

מס' ילדים \_\_\_\_\_ גילאים: \_\_\_\_\_

האם יש לך בני משפחה שאינם בין החיים? כן / לא

אם כן, מי? \_\_\_\_\_ מתי נפטרו? \_\_\_\_\_

ממה נפטרו? \_\_\_\_\_ הגיל שלך בעת פטירתם? \_\_\_\_\_

האם היו, או ישנן, בעיות בריאות מיוחדות במשפחתך? כן / לא

אם כן, למי במשפחה ומהי הבעיה? \_\_\_\_\_

האם קיים רקע של שואה במשפחתך? כן / לא

אם כן, פרט: \_\_\_\_\_

האם אתה סובל מבעיות בריאות חריגות? כן / לא אם כן, האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע? כן / לא

פרט: \_\_\_\_\_

### מערכות תמיכה:

ציין עד כמה יש לך:

הרבה מאוד הרבה בינוני מעט בכלל לא

- |                          |                          |                          |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | חברים טובים שאליהם אתה מרגיש שייכות וקירבה |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | בני משפחה שייענו לבקשת עזרה מצידך          |

### התנסות באירועים קשים במהלך חיך:

אישפוזים כן / לא לפני כמה שנים? פרט: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

מחלות כן / לא לפני כמה שנים? פרט: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

תאונות או פציעות כן / לא לפני כמה שנים? פרט: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

כישלונות בתחום האקדמי או המקצועי כן / לא לפני כמה שנים? פרט: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

פרידות מאדם קרוב כן / לא לפני כמה שנים? פרט: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

אירועים קשים במשפחה הקרובה כן / לא לפני כמה שנים? פרט: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**פגיעות מיניות**

כן / לא לפני כמה שנים? פרט: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

אחר \_\_\_\_\_ כן / לא לפני כמה שנים? פרט: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

אירועים משמעותיים נוספים בחיך: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**תיאום הטיפול:**

שפת אם: \_\_\_\_\_ האם יש לך קושי לקבל טיפול בעברית? כן / לא

\_\_\_\_\_ האם יש לך הערות או בקשות? פרט: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ימים ושעות בהם תוכל להגיע לטיפול (יש לציין בטבלה: בלתי אפשרי / אפשרי) \*

ה'	ד'	ג'	ב'	א'	
					8-10
					10-12
					12-14
					14-16
					16-18

\* שעות הטיפול הן קבועות

\* ככל שנקבל יותר שעות פנויות יתקצר זמן ההמתנה

ד – 501-0712-06