



אגף משפחות, הנצחה ומורשת

דף מידע על מטפל

**** יש להקפיד על מילוי כל הפרטים בטופס ****

1. פרטים אישיים:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

מס' ת"ז: _____ תאריך לידה: _____

מין: נ/ז

כתובת מגורים

רחוב: _____ מס' _____ ישוב: _____ מיקוד: _____

טלפון בית: _____ טלפון נייד: _____

כתובת קליניקה

רחוב: _____ מס' _____ ישוב: _____ מיקוד: _____

טלפון קליניקה: _____ מס' פקס: _____

כתובת E-mail: _____

סמן כתובת למשלוח דואר:

☐ מגורים ☐ קליניקה ☐ אחר _____

האם קיימת גישה למוגבלים בניידות: ☐ כן ☐ לא

מוכנות לעריכת ביקורי בית: ☐ כן ☐ לא

שפות נוספות (ברמת תקשורת טיפולית): ☐ רוסית ☐ אנגלית

☐ ערבית ☐ אמהרית ☐ אחר _____

עבודה דרך מכון ☐ שם המכון: _____ מס' ספק: _____

ספק עצמאי ☐ מס' ספק משרד הביטחון: _____

לספקי משרד הביטחון - על מנת לאפשר גישה ישירה לבני משפחות שכולות

לרשימת אנשי מקצוע העוסקים בטיפול נפשי, ספקי אגף משפחות, הנצחה ומורשת, נא סמן את הפרטים שהנך מעוניין שיפורסמו באתר האינטרנט לצד

מקצועך הראשי ומומחיותך:

כתובת (בחר אחד בלבד): ☐ מגורים ☐ קליניקה

טלפון (בחר אחד בלבד): ☐ נייד ☐ בית ☐ קליניקה



שם המטפל: _____

אגף משפחות, הנצחה ומורשת

2. פירוט ניסיון מקצועי

מקום עבודה	תפקיד	שנים
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2. נתונים מקצועיים

נא לצרף קורות חיים, תעודות המעידות על השכלה מקצועית בכל התחומים הבאים: תארים ראשון/שני, לימודי תעודה, מומחיות, הסמכה להדרכה, רישום במשרד הבריאות/פנקס העובדים הסוציאליים.

☐ פסיכולוג/ית

☐ מומחה ☐ מדריך (נא לצרף תעודות)

התמחות: ☐ קליני ☐ קליני באבחון

☐ שיקומי ☐ חברתי-תעסוקתי

☐ רפואי ☐ התפתחותי

☐ חינוכי (ילדים/הדרכת הורה)

אבחון: ☐ פסיכודיאגנוסטי ☐ שיקומי/תעסוקתי ☐ פסיכודידקטי

☐ פסיכיאטר/ית

☐ לימודי פסיכותרפיה (יש לצרף תעודה)

☐ עובד/ת סוציאלי/ת

☐ תואר ראשון ☐ תואר שני ☐ פקיד סעד

מומחיות על פי איגוד העובדים הסוציאליים _____

☐ מטפל/ת בהבעה ויצירה (יש לצרף בנוסף תעודה אודות לימודיך לתואר ראשון)

התמחות: ☐ אומנות ☐ מוזיקה ☐ פסיכודרמה

☐ תנועה ☐ אחר _____



שם המטפל: _____

אגף משפחות, הגנה ומורשת

☐ הסמכה נוספת (נא לצרף אישור בהתאם)

☐ מטפל משפחתי מוסמך

☐ מדריך מוסמך בטיפול משפחתי

☐ בית ספר לפסיכותרפיה

☐ תכנית להנחיית קבוצות

☐ אחר _____

גישת עיקרית בטיפול

☐ דינאמית ☐ התנהגותית ☐ תמיכתית

☐ קוגניטיבית ☐ אקלקטית ☐ מערכתית

☐ אחר _____

גישות וטכניקות טיפוליות נוספות: (נא לצרף תעודה על ההכשרה שצויגה)

C.B.T ☐

P.E ☐

☐ טיפול קצר מועד

☐ טיפול בבעלי חיים

☐ גוף נפש

S.E ☐

☐ הדרמת הורים

☐ פוטותרפיה

☐ טיפול בכאב

☐ נירופידבק

☐ פסיכותרפיה גוף-נפש

☐ ליווי רוחני

☐ ביו-פידבק

☐ התמקדות (focusing)

☐ היפנוזה

☐ אימון (coaching)

☐ טבע תרפיה

E.M.D.R ☐

☐ מומחיות בנושא תעסוקה

☐ קשיבות (מינדפולנס)

☐ דמיון מודרך

☐ אחר _____



שם המטפל: _____

אגף משפחות הנצחה ומורשת

ניסיון טיפולי (נא ציין עד 4 תחומים עיקריים בלבד)

- | | |
|--|--|
| ☐ ילדים | ☐ הפרעות אכילה |
| ☐ מתבגרים | ☐ נכויות פיזיות |
| ☐ קשישים | ☐ התמכרויות |
| ☐ אבדן ושכול | ☐ מחלות כרוניות |
| ☐ טראומה ופוסט טראומה | ☐ גישור |
| ☐ הפרעות חרדה | ☐ מחלות נפש |
| ☐ הפרעות אישיות | ☐ אלימות במשפחה |
| ☐ אחר _____ | |

הערות: _____

חתימת המטפל _____

תאריך _____