

טופס רישום סוציאלי

1. פרטים אישיים

שם משפחה ופרטי	מין	תעודת זהות	שם האב שם האם	מצב משפחתי	תאריך לידה	שנת עלייה	ארץ מוצא	השכלה \ מקצוע \ תעסוקה
	ז'ג							

כתובת : _____ מס' טלפון : _____ גר עם : שם _____ קירבה : _____

2. בני משפחה \ קרובים אחרים \ חברים קרובים \ אפוטרופוס

שם משפחה	שם פרטי	קירבה	מצב משפחתי	תעסוקה	כתובת בבית	טלפון בבית	טלפון נייד	טלפון בעבודה
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

3. כתובת דוא"ל : _____

4. שם הרופא המטפל : _____

5. עבודה סוציאלית : לשכה : _____ טלפון : _____ שם העו"ס המטפל : _____

6. אפוטרופוס : יש \ אין שם : _____ סוג המינוי : גוף \ רכוש \ כללי (לצרף כתב מינוי) הערות : _____

7. מיופי כח : יש \ אין שם : _____

8. שפות : _____

9. רמת השכלה ותפקוד קודמים : _____

10. דפוסי פנאי (תחביבים, כשרונות, תחומי עניין, עיסוקי יום - יום) : _____

11. קשר עם בעלי חיים : _____

12. צרכים, בקשות והרגלים מיוחדים : _____

13. ארועים בולטים בעבר : _____

14. מהלך המחלה \ ות הנוכחי (ות) :

1א. אבחנות עיקריות והיסטוריה רפואית : _____

2א. מחלות נשימתיות : _____

ב. מועד ההתחלה של המצב הנוכחי : _____

ג. מצב נוכחי \ הסיבה לפנייה : _____

ד. תיאור מהלך המחלה : _____

15. מחלות נפשיות \ מצב נפשי :

16. האם המועמד יודע על מצבו ? כן \ לא מה יחסו למצבו ? _____

17. המטפל העיקרי (איכות הקשר, קשיים) :

18. מערכות תמיכה משפחתיות \ חברתיות :

19. רמת תפקוד נוכחית :

בחר י 0-4, 4=לגמרי, 0=כלל לא (הוספי הערות לפי הצורך)

הערות	0	1	2	3	4	
א. תפקודים קוגניטיביים						
						* זיכרות מידי ולטווח קצר
						* זיכרון אבני דרך
						* התמצאות במקום – סביבה חיצונית – להגיע מהבית \ לחזור הביתה \ בתוך הבית
						* התמצאות בזמן – כללי(תאריך ועונות) \ יומי(קריאת שעון)\ התמצאות בשעות(יום ולילה)
						* זיהוי אנשים משמעותיים – זיהוי מוחלט, בלבול(עם מי?), תחושה שמוכר
ב. שיפוט						
						* יכולת למידת דברים חדשים
						* יכולת לחשיבה הגיונית והסקת מסקנות

						* פתיחות יתר
						* חשדנות
						* אדישות
						* מאניה
						* אי שקט מוטורי
						* מחשבות שוא
						* שוטטות
						* אספנות
						* תוקפנות מילולית \ ביקורתית
						* תוקפנות פיזית
						* התנהגויות החוזרות על עצמן
						* התנהגויות מוזרות
						* בעיות אכילה
						* בעיות שינה
						* אחר

שם ממלא הטופס: _____ חתימה: _____ תאריך: _____