



mtc@zahav.net.il ● הברוש 30 קרני שומרון  
טל: 09-7929980 ● פקס: 09-7929982



## שאלון למטפלת במעון/משפחתון עבור טיפול בפיזיותרפיה

תאריך: \_\_\_\_\_

שם הילד/ה: \_\_\_\_\_ מסגרת חינוכית: \_\_\_\_\_

שם המטפלת: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

סיבת ההפניה לאבחון/טיפול: \_\_\_\_\_

האם קיבל/ה בעבר טיפולים כלשהם או האם מטופל/ת כיום? \_\_\_\_\_

גורמים המאפשרים את תפקודו של הילד במסגרת החינוכית (עוצמות):

גורמים המעכבים את תפקודו של הילד במסגרת החינוכית (חולשות/קשיים):

האם הקשיים במעון קיימים גם בבית (כפי הידוע לפי דיווח הורים):

מהן הציפיות שלך מהטיפול בפיזיותרפיה?

תודה על שיתוף הפעולה  
צוות מפתח המרכז לגיל הרך