

**טופס קבלה לטיפול פסיכולוגי**

תאריך: \_\_\_\_\_  
שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ מס' סטודנט \_\_\_\_\_  
תאריך לידה: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ מקום לידה: \_\_\_\_\_ שנת עלייה: \_\_\_\_\_  
מין: ז / נ מצב משפחתי: רווק(ה) נשוי(אה) גרוש(ה) אלמן(נה) מס' ילדים: \_\_\_\_\_  
כתובת קבועה: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_  
כתובת נוכחית: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_  
פלאפון: \_\_\_\_\_  
(סמן ב \* כתובת וטלפון להודעות)

הפקולטה: \_\_\_\_\_ לימודים לתואר: מכינה, ראשון (BSC / BA), שני, ד"ר  
האם הנך בוגר(ת) מכינה: \_\_\_\_\_, שנת תחילת לימודים בטכניון: תש"\_\_\_\_ / 200\_\_\_\_ / 201\_\_\_\_  
מס' סמסטר נוכחי \_\_\_\_\_ מס' נקודות צבירה \_\_\_\_\_ ממוצע הסמס' האחרון: \_\_\_\_\_  
כמה סמסטרים נותרו לסיום התואר? \_\_\_\_\_

**עבודה:**

האם הנך עובד בנוסף ללימודים? \_\_\_\_\_ מלא, חלקי, לפי שעות, אחר \_\_\_\_\_

**פרטים על המשפחה:**

ארץ לידת האב: \_\_\_\_\_ שנת עלייה: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_ (או שנת פטירה) \_\_\_\_\_ נשוי/ גרוש/ אלמן  
ארץ לידת האם: \_\_\_\_\_ שנת עלייה: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_ (או שנת פטירה) \_\_\_\_\_ נשואה/ גרושה/ אלמנה  
מקצוע האב: \_\_\_\_\_ האם עובד? \_\_\_\_\_  
מקצוע האם: \_\_\_\_\_ האם עובדת? \_\_\_\_\_

**אחים ואחיות:**

מס' האחים כולל אותך: \_\_\_\_\_ מקומך במשפחה: \_\_\_\_\_

**שרות צבאי:**

(הקף את האפשרות המתאימה)

שרות מלא חלקי עתודאי משוחרר אחר \_\_\_\_\_

במידה ולא היה שרות מלא :

פרט: \_\_\_\_\_

**הטכניון מכון טכנולוגי לישראל**  
**שירות פסיכולוגי-מרכז ליעוץ והכוונה לסטודנט**

**טיפול**

הפנייה למרכז הייתה באמצעות (סמן בהתאם):

פניה עצמית, ע"י רופא, דיקאן הסטודנטים, היח' לקידום סטודנטים  
גורם בפקולטה \_\_\_\_\_, מכינה, חבר, פרסום, אחר \_\_\_\_\_

האם היית ביעוץ / טיפול קודם (כולל בתקופת בית הספר או השירות הצבאי): כן / לא

אם כן, מתי? \_\_\_\_\_ היכן? \_\_\_\_\_

סוג הטיפול ומשך הזמן \_\_\_\_\_

**מהי סיבת פנייתך, אנא פרט בהתחשב בנושאים הבאים -**

אופי הבעיה, ממדי הבעיה, גורמים סביבתיים, השלכות על תחומי חיים אחרים, בעיות נוספות וכו':

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**מידת דחיפות הייעוץ להרגשתך (הקף בעיגול)**

גבוהה ביותר / גבוהה / בינונית / נמוכה

**ציון/י מידת העדפתך לגבי מסגרות הטיפול השונות : (הקף בעיגול)**  
(1 - העדפה נמוכה, 5 - העדפה גבוהה)

1 2 3 4 5 טיפול פרטני

1 2 3 4 5 טיפול קבוצתי

1 2 3 4 5 קבוצת חרדת בחינות

במידה ויש לך הערות נוספות או מידע נוסף שחשוב לדעתך להביא לידיעתנו, ציין:

---

---

---

---

---

**הערות להמשך טיפול:**