



"חופים" – מחלקה לטיפול יום פסיכיאטרי – ילדים ונוער

מערך פסיכיאטריה

רחוב רבקה זיו 3, ת"א

דוא"ל מזכירות: psych-dc@tlvmc.gov.il

טופס הסכמה להורים גרושים

לאבחון וטיפול נפשי, לרבות טיפול תרופתי על פי הצורך, במחלקת טיפול יום פסיכיאטרי ילדים ונוער 'מרכז חופים', המערך הפסיכיאטרי המרכז הרפואי ת"א (איכילוב).

אנו ההורים:

הורה 1: _____ ת.ז.:

הורה 2: _____ ת.ז.:

הוריו של (שם מלא): _____ ת.ז.:

מאשרים אבחון/טיפול במחלקה לטיפול יום ילדים ונוער.

יש לציין איזה מהמסמכים מצורף (צילום ת.ז., החלטת בית משפט המאשרת בדיקה או טיפול פסיכיאטרי, החלטת בית משפט על צו אפוטרופסות).

מצ"ב _____ של הורה 1

מצ"ב _____ של הורה 2

תאריך: _____

חתימת הורה 1: _____ חתימת הורה 2: _____

נייד הורה 1: _____ נייד הורה 2: _____