תאריך:

**בקשה למנוי אבחוני (טופס 17) לטיפול בבריאות הנפש ילדים ונוער**

לכבוד,

קופ"ח כללית/ מכבי/ לאומית/ מאוחדת

א.ג.נ.,

שם ומשפחה: ת.ז:

הורי הילד/ה שבנדון פנו/הופנו לטיפול במחלקה לטיפול יום ילדים ונוער (מצ"ב מכתב הפניה מהגורם המפנה).

כדי שיהיה ניתן להתחיל בתהליך אנו מבקשים לתת לו/ה התחייבות עבור

 **מנוי אבחוני** לפי **קוד L0770** (מנוי אבחוני, ילדים ונוער, בריאות הנפש)

 בברכה,

 צוות "חופים", מחלקה לטיפול יום פסיכיאטרי - ילדים ונוער