

המערך הפסיכיאטרי - המכון לבריאות הנפש

מנהל המכון: ד"ר אורן טנא

ארז גלית ר"ד: "מגוון" מרפאת מנהלת

טלפון: 03-6974707; פקס: 074-7219825-03 Ps-c@tlvmc.gov.il דוא"ל מזכירות:

הנחיות לקבלה מרפאת מגוון - דף הסבר

אנא העבירו בצורה מסודרת כל המסמכים ע"פ הרשום בצירוף מסמך זה למייל מרפאתי

כתובת מייל מרפאתי: Ps-c@tlvmc.gov.il

ליד כל מסמך מצורף אנא סמנו

+הסבירו למה לא צירפתם המסמך הנדרש אנא סמנו

את הכל יש להעביר למייל מרפאתי

אנו נבחן הבקשה ונחזור בהתאם להנחיות ד"ר ארז



המערך הפסיכיאטרי - המכון לבריאות הנפש

מנהל המכון: ד"ר אורן טנא

מנהלת מרפאת מגוון: "ד"ר גלית ארז

דוא"ל מזכירות: Ps-c@tlvmc.gov.il | טלפון: 03-6974707; פקס: 074-7219825

מרפאת מגוון – המערך הפסיכיאטרי- ביה"ח איכילוב תל אביב

שלום רב,

תודה על פנייתך למרפאת "מגוון", המרפאה לפסיכיאטריה של גיוון מגדרי.

על מנת שנוכל לטפל בפנייתך, נודה לך על שליחת המסמכים הבאים למייל ps-c@tlvmc.gov.il

ילידים.ות ונוער (עד גיל 18):

- טופס הסכמת שני ההורים להערכה נפשית [יישלח בנפרד].
נא לציין על גבי הטופס את מצבם המשפחתי של ההורים. במידה שההורים נשואים
האחד/ת לשנייה - מספיקה חתימת אחד ההורים.
- הפנייה מרופא/ת הילדים.
- ככל שהייתה מעורבות של פסיכיאטרי/ת בשלוש השנים האחרונות, מכתב
מהפסיכיאטר/ית.
- ככל שמתקיים או התקיים בשנים האחרונות טיפול נפשי בקהילה, מכתב מהמטפל/ת
בקהילה - פסיכולוג/ית, עו"ס וכיו"ב.
- ככל שהייתה מעורבות של אנדוקרינולוג/ית – מכתב מהאנדוקרינולוג/ית.
- טופס בקשה למנוי אבחוני [יישלח בנפרד].

לבגירים.ות (מגיל 18):

- הפנייה רופא/ת המשפחה
- ככל שהייתה מעורבות של פסיכיאטרי/ת בשלוש השנים האחרונות, מכתב
מהפסיכיאטר/ית.
- ככל שמתקיים או התקיים בשנים האחרונות טיפול נפשי בקהילה, מכתב מהמטפל/ת
בקהילה - פסיכולוג/ית, עו"ס וכיו"ב.
- ככל שהייתה מעורבות של אנדוקרינולוג/ית – מכתב מהאנדוקרינולוג/ית.
- טופס בקשה למנוי אבחוני [יישלח בנפרד].

בברכה,

ד"ר ארז וצוות מרפאת מגוון



המערך הפסיכיאטרי - המכון לבריאות הנפש

מנהל המכון: דר' אורן טנא

מנהלת מרפאת "מגוון": ד"ר גלית ארז

שירי אמיר בושקניץ – מנהלת אדמיניסטרטיבית במערך הפסיכיאטרי דוא"ל: shiria@tlvmc.gov.il

דוא"ל מזכירות: Ps-c@tlvmc.gov.il | טלפון: 03-6974707; פקס: 03-6974586

תאריך: _____

טופס הסכמה להערכה וטיפול במרפאת "מגוון"

אנו הורי הילד/ה: _____ ת.ז: _____

שם: _____

ת.ז: _____

שם: _____

ת.ז: _____

מאשרים את תהליך ההערכה והטיפול במרפאת "מגוון"

על החתום:

חתימה: _____

חתימה: _____

תאריך החתימה: _____