

**דקאנט הסטודנטים ע"ש רות ואלן זיגלר**

**השירות הפסיכולוגי 03-6408505 פקס:03-6409690**

[psyco@post.tau.ac.il](mailto:psyco@post.tau.ac.il)

**טופס פרטים אישיים**

ניתן לעבור בין הסעיפים ע"י לחיצה על מקש TAB

בחלק מהתאים יש לבחור את הפריט המתאים מתוך הרשימה

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **שם פרטי:** | לחץ כאן להזנת טקסט. | **שם משפחה:** | | לחץ כאן להזנת טקסט. | **ת.ז./**  **דרכון**: | לחץ כאן להזנת טקסט. | |
| **ת. לידה:** | לחץ כאן להזנת טקסט. | **ארץ לידה:** | | לחץ כאן להזנת טקסט. | **שנת עלייה:** | לחץ כאן להזנת טקסט. | |
| **מין:**  בחר פריט. | **מצב משפחתי:**  בחר פריט. | **מס' ילדים:**  לחץ כאן להזנת טקסט. | | **שפות:** | לחץ כאן להזנת טקסט. | **חבר/ה בקופת חולים:**  בחר פריט. | |
| **כתובת נוכחית:**  לחץ כאן להזנת טקסט. | | **טלפון נייד:**  לחץ כאן להזנת טקסט. | | | **דוא"ל:**  לחץ כאן להזנת טקסט. | | |
| **ארץ לידת האב:** | לחץ כאן להזנת טקסט. | **תעסוקת האב:** | | לחץ כאן להזנת טקסט. | **מקום מגורים:** | לחץ כאן להזנת טקסט. | |
| **ארץ לידת האם:** | לחץ כאן להזנת טקסט. | **תעסוקת האם:** | | לחץ כאן להזנת טקסט. | **מקום מגורים:** | לחץ כאן להזנת טקסט. | |
| **האם ההורים נשואים?**  בחר פריט. | **מס' ילדים במשפחת המוצא:**  לחץ כאן להזנת טקסט. | **מקומך בין האחים:**  לחץ כאן להזנת טקסט. | | **לימודים תיכוניים:**  בחר פריט. | **מגמה/**  **מגמות לימודים:** | לחץ כאן להזנת טקסט. | |
| **שרות צבאי:** | בחר פריט. | **אם קיבלת פטור פרט/י:** | | לחץ כאן להזנת טקסט. | | | |
| **סטטוס:** | בחר פריט. | **אם הינך סטו' במקום אחר פרט/י:** | | לחץ כאן להזנת טקסט. | | | |
| **לימודים לתואר:** | בחר פריט. | **לימודי תעודה:** | | לחץ כאן להזנת טקסט. | **שנת לימוד:** | | לחץ כאן להזנת טקסט. |
| **חוג/חוגים:** | לחץ כאן להזנת טקסט. | **פקולטה/**  **פקולטות:** | | לחץ כאן להזנת טקסט. | | | |
| **מצב כלכלי:**  בחר פריט. | **אחר:** | לחץ כאן להזנת טקסט. | | **עובד/ת בנוסף ללימודים:**  בחר פריט. | **בתפקיד:** | | לחץ כאן להזנת טקסט. |
| **האם את/ה סובל/ת מלקות למידה:**  בחר פריט. | | **האם אובחנה הלקות ע"י גורם מקצועי?**  בחר פריט. | | | **האבחון נערך ע"י:** | | לחץ כאן להזנת טקסט. |
| **האם היית בעבר בטיפול פסיכולוגי?**  בחר פריט. | | **אם כן, מתי? (שנה)** | לחץ כאן להזנת טקסט. | | **משך הטיפול:** | | לחץ כאן להזנת טקסט. |
| **סוג הטיפול:** | לחץ כאן להזנת טקסט. | **מסגרת הטיפול:** | לחץ כאן להזנת טקסט. | | | | |
| **פנייתי היא ל:** | בחר פריט. | | | | | | |
| **במקרה חירום, את מי ברצונך ליידע?** | **שם:**  לחץ כאן להזנת טקסט. | **קרבה:**  לחץ כאן להזנת טקסט. | **טלפון:**  לחץ כאן להזנת טקסט. | | | | |

**לשימוש המשרד:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| נמסר בתאריך:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | מבצע האינטייק:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | הופנה על ידי:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| אישור ל \_\_\_\_\_\_\_ פגישות | גובה המימון ע"י הסטודנט\_\_\_\_ | היתרה\_\_\_\_\_ במימון המפנה |
| הערות:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |