



טופס הסכמה לטיפול רגשי וויתור סודיות

אנו: _____ ת.ז.: _____ הח"מ אמו

ו- _____ ת.ז.: _____ הח"מ אביו

של הקטין/ קטינה: _____ ת.ז.: _____

מאשרים בזאת למרכז לטיפול פסיכולוגי ו/או לגורמים המטפלים:

1. מתן טיפול רגשי לבני/בתי.
2. ביצוע אבחון פסיכו דיאגנוסטי/פסיכיאטרי והמשך מעקב.
3. העברת וקבלת אינפורמציה אודות בני/בתי ע"י ואל הגורמים המטפלים כגון: משפחת האומנה, ביה"ס, מנחת האומנה, מטפלים קודמים על פי הצורך, ובהתאם לשיקול דעת המטפל ו/או המרכז לטיפול פסיכולוגי.
4. כל אחד מאיתנו מאשר מתן מידע לבן הזוג ונוכחות בן הזוג בטיפולים בהתאם לצורך ו/או לשיקול דעת המטפל ו/או המרכז לטיפול פסיכולוגי.

תאריך: _____

חתימת אם הילד: _____ חתימת אב הילד: _____

טלפון נייד אם: _____ טלפון נייד אב: _____

* המרכז לטיפול פסיכולוגי: מרכז הטיפול שמופעל באמצעות הקרן לפיתוח דימונה (ע"ר 580097558)