



הפניית מועמד לטיפול

תאריך פניה: ____/____/____

גורם מפנה: עו"ס, ק.מבחן, אחר: _____

מס' פקס

מס' טלפון

פרטי המועמד:

מס' ת.ז.

שם משפחה _____

שם פרטי _____

אזור מגורים _____

ילדים _____

מצב משפחתי _____

גיל _____ ז' / ב' / מין

סוג הבעיה: סמים, אלוהול, תרופות מרשם וכו' – פרט:

האם קיימת בעיה משפטית? תיקים פתוחים, מעצר, אם כן פרט:

נסיון טיפולי קודם: _____

הערות/ פרטים נוספים:
