

תאריך: \_\_\_\_\_ שעה: \_\_\_\_\_

שם העו"ס : \_\_\_\_\_

התפקיד: \_\_\_\_\_

צוות: \_\_\_\_\_

### רישום – פנייה דחופה/חד-פעמית

שם המשפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ טל': \_\_\_\_\_

טל' נייד: \_\_\_\_\_ מס' ת"ז: \_\_\_\_\_

היו בעבר פניות למחלקה? כן / לא, מתי: \_\_\_\_\_

סיבות הפנייה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ההחלטה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

פעולות: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

סיכום: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

הערה: אם יהיה המשך טיפול, חובה למלא טופס "רישום קלט".

חתימת העו"ס