

תכנית טיפול משפחתית

(תורגמה מאתר www.copmi.net.au)

לתשומת ליבך: תכנית זו אינה מסמך חוקי אך מומלץ שכל ההורים או המשמורנים החוקיים ימלאו ויחתמו עליה. הדבר יעזור להבטיח כי רצונות המשפחה יילקחו בחשבון בשעת חולי או אשפוז של ההורה או המשמורן החוקי בדבר הטיפול בילדים.

מסמך זה ימולא על-ידי ההורים או האפוסטרופסים בהתייעצות עם הילדים. כדאי למלא גם את תכנית הטיפול לילדים וצעירים או את תכנית הטיפול בתינוקות עם כל ילד.

תכנית זו מכילה מידע שיש להשתמש בו בנוגע לילדי/י אם לא אוכל לדאוג להם באופן זמני:

שם ההורה:	_____
טלפון:	_____
שם ההורה:	_____
טלפון:	_____
כתובת/ות:	_____

שמות הילדים ותאריכי לידה:



אם לא אוכל לדאוג באופן זמני לילדי/י, ארצה שהמבוגרים הבאים ישהו עמו/ם:

שם:	קשר לילד/ים:	טלפונים:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

עניין זה סוכם עם האנשים הנזכרים מעלה
הילד/ים יודעים איך להגיע אליהם (למשל בתחבורה ציבורית/באיסוף)
אני יודעת/ ליצור עמו/ם קשר כאשר הם נמצאים אצלם
כן / לא כן / לא / לא רלוונטי כן / לא

אינני מעוניין/ת שהאנשים הבאים יבקרו או יטפלו בילדי/י:

אם ישנם מסמכים משפטיים המונעים מאדם לבקר את הילד/ים או לטפל בו/בהם, אנא צרפ/י.

שם:	מידע נוסף:
_____	_____
_____	_____
_____	_____

אנשים חשובים בחיי הילד/ים שיתכן ויצטרכו ליצור עמו/ם קשר:

רופא	שם וטלפון:
עו"ס	שם וטלפון:
מחנך/ת	שם וטלפון:
מטפלת	שם וטלפון:
קרובי משפחה	שם וטלפון:
אחר	שם וטלפון:
אחר	שם וטלפון:
אחר	שם וטלפון:
אחר	שם וטלפון:



מידע חשוב אחר:

פרטי מסגרת/ות החינוך של הילד/ים (למשל שם, כיתה, איש קשר)

שמות הילדים ומספרי זהות

פעילויות יומיומיות שהילד/ים משתתפים בהן (למשל חוגים, מפגשים חברתיים, תנועות נוער-
ימים, שעות, מיקומים, פרטים נוספים)

תרופות או דרישות רפואיות מיוחדות (למשל אלרגיות או מחלות)



יומן:

כאן ניתן לפרט את הפעילויות שילדך/יך עושה/ים במהלך השבוע (למשל פעילות אחרי בית ספר/גן, פגישות עם חברים, תורים טיפוליים קבועים וכיוב')

ערב	צהריים	בוקר	
			ראשון
			שני
			שלישי
			רביעי
			חמישי
			שישי
			שבת

אם הורה/משמורן מאושפז, אם ניתן, אני מעוניין ש:

הילד/ים יבקר/ו אותי אם ארגיש טוב

הערות (למשל מי מהילדים? מי ילווה אותם? האם עוד אדם יהיה נוכח?) _____

יביאו/ישלחו לי תמונות של הילד/ים לבית החולים

אדבר עם הילדים בטלפון אם ארגיש טוב

יראו לילד/ים תמונות שלי על בסיס יומיומי

יתאפשר לי להתכתב עם ילדי/יי (למשל לשלוח ולקבל מסרונים / הודעות מייל / ציורים)

אחר _____

בבקשה הוסף/י כל מידע אחר:



חתימות:

אני, _____, המשמורן/ית החוקית של

(שמות הילדים) _____

חתימה: _____ תאריך: _____

אני, _____, המשמורן/ית החוקית של

(שמות הילדים) _____

חתימה: _____ תאריך: _____

פרטים של אנשים שיש להם העתק של תכנית זו:

שם: _____ ארגון: _____ טלפונים: _____

