



אישי - סודי

טופס פניה לטיפול פסיכולוגי

שם מלא: _____ מספר ת.ז.: _____
מין: זכר / נקבה _____ גיל: _____
כתובת: _____
טל': _____ נייד: _____
חוגי לימוד: _____
שנה: _____

סיבת הפנייה:

האם תהיה/י מעוניין במפגשים עם פסיכולוגית קלינית דוברת ערבית? _____

האם היית בטיפול פסיכולוגי בעבר? _____ אם כן, ציין מס' פגישות _____

ציין תאריך התחלת הטיפול _____

חוזה הטיפול במכללה:

- הטיפול ניתן ע"י פסיכולוגית קלינית מומחית.
- הטיפול חסוי וחלה עליו חובת סודיות רפואית.
- המחיר לפגישה טיפולית הוא 50 ₪.
- הסטודנט/ית מתחייב/ת להודיע על ביטול פגישה לפחות 24 שעות מראש. למעט במצבים בהם לא ניתן להודיע מראש.
- פגישה מבוטלת תחויב בתשלום מלא.

חתימת הסטודנט/ית: _____ תאריך: _____