לאחר מילוי הטופס – נא לשלוח למייל: office@balanceclinic.co.il

טופס הערכה עצמית-מבוגר

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת"ז: _____

תאריך לידה: _____ שם ההורים: _____ טלפון: _____

תאריך: _____ כתובת דוא"ל: _____

סיבת פניה : _____

תחומי חוזק : _____

לקויות למידה – ידוע? _____ אילו _____

האם אובחת בעבר כסובל/ת מהפרעת קשב וריכוז ? _____

נוטל/ת טיפול תרופתי ? _____

<u>מקום עבודה:</u>

רקע : במה את/ה עובד/ת? כמה זמן נמצא/ת במקום העבודה הנוכחי, מה הסיבות לעיזבת מקומות עבודה קודמים אם היו? האם ישנו מסלול קריירה מתוכנן? שאיפות לעתיד?

_____

_____

מספר		כל זמן	רוב הזמן	חלק מהזמן	כלל לא	לא רלוונטי
1	האם אתה נוטה לדחות לרגע האחרון משימות בעבודה?					
2	האם את/ה מתקשה לשמור על סביבת עבודה מסודרת?					
3	האם דעתך מוסח/ת בקלות? (מקשיב/ה לשיחותיהם של הסובבים אותך,מדבר/ת עם כל מי שעובר לידך וכו')					
4	האם את/ה מתקשה לשמור על ריכוז במטלות העבודה לאורךזמן? (מרבה "לקפוץ" בין משימות , מתעסק בדברים לא רלוונטים תוך כדי ביצוע משימות וכו')					
5	האם את/ה חושב/ת שאם תוכל/י להתמקד יותר בשעות העבודה תוכל/י להצליח יותר בעבודתך?					
6	האם את/ה מאחר/ת לעבודה?					
7	האם יש לך בעיות בעבודה עם המנהל/ת שלך?					

8	האם את/ה מגיב/ה למצבים בעבודה בפזיזיות באופן שתצטער/י עליו מאוחר יותר?					
9	האם נאמר לך או שאת/ה מרגיש/ה שאינך עומד/ת בדרישות מקום העבודה?					

<u>לימודים אקדמאים:</u>

רקע: מה אתה לומד/ת? , האם את/ה לומד/ת כיום את המקצוע האקדמאי אותורצית ללמוד? האם יש שעות ביום שבהן קשה לך יותר בלמודים? איך את/ה לומד/ת למבחנים? כמה סמן מראש?

_____

_____

מספר		כל זמן	רוב הזמן	חלק מהזמן	כלל לא	לא רלוונטי
1	האם את/ה נוהג/ת להעדר מהרצאות?					
2	האם את/ה מתקשה לשבת בהרצאות?					
3	האם את/ה מתקשה לארגן לעצמך את החומר הלימודי בצורה מסודרת? (האם את/ה נוהג/ת לכתוב בהרצאות , או מצלמ/ת אחר כך? מגיע לסוף הסמסטר כשברשותך כל החומר הדרוש?)					
4	האם יש לך טעויות במבחנים אמריקאים?					
5	האם קורה לך שאת/ה לא מספיק/ה לסיים מבחנים?					
6	האם את/ה נאלץ/ת לגשת להבחן במועד ב'					
7	האם את/ה לומד/ת בחברה?					
8	האם את/ה חש/ה חוסר שביעות רצון מרמת הציונים וההשגים האקדמים שלך?					

<u>זוגיות ויחסים חברתיים:</u>

רקע: מהו המצב הזוגי? האם הבן זוג הוא קבוע? אם לא מהן הסיבות ומהי עמדת המטופל/ת כלפי הנושא? האם יש סיבות הקשורות בספטומים של הפרעת קשב שנגרמו לסיום היחסים?

_____

_____

מספר		כל זמן	רוב הזמן	חלק מהזמן	כלל לא	לא רלוונטי
1	האם בן/בת זוגך מתלונן/ת כלפייך על חוסר אחראיות שאת/ה מפגין/ה?					
2	האם בן/בת זוגך טוען/ת שאת/ה שכחן/ית?					

3	האם בן/בת הזוג והחברים אומרים לך שאת/ה לא מקשיב/ה להם?					
4	האם יש לך אי הבנות אם אנשים מסביבך?					
5	האם יש לך פליטות פה? דברים שאמרת ולאחר מכן מטרידים את מחשובותיך?					
6	האם את/ה מתפרץ/ת לדברי אחרים?					
7	האם את/ה משלים/ה משפטים של אחרים לפי שהם מפסיקים לסיים אותם?					
8	האם חברייך מעירים לך על כך שאת/ה מאחר/ת?					

<u>משפחה ובית:</u>

רקע: האם מטלות הבית מהוות בעיה?תשלומי חשבונות, קנסות, הכנת רשימת קניות , הקפדה על זמני הארוחות , מעקב אחר ימי הורים , ניהול פעילויות של הילדים . מי עוזר לילדים בשיעורי הבית? כיצד זה תנהל?

_____

_____

מספר		כל זמן	רוב הזמן	חלק מהזמן	כלל לא	לא רלוונטי
1	האם קורה לך שאת/ה מתחיל/ה במטלה בבית לא מסיים/ת אותה?					
2	האם את/ה שוכח/ת לבצע פעולות הקשורות לניהול הבית בזמן?					
3	האם את/ה נוהג/ת לבצע מטלות בשעות הערב המאוחרות?					
4	האם את/ה מרגיש/ה שאמרת משהו לילדייך שאת/ה מצטער/ת אליו?					
5	האם יש לחץ ומתח בבית שלך?					
6	האם את/ה מתקשה לנהל את סדר היום התקין בבית שלך?					
7	האם את/ה מרגיש מרגישה שהיית רוצה לטפל בבית ובילדים שלך טוב יותר?					

<u>נהיגה:</u>

רקע: האם היית מעורב/ת בתאונות דרכים? כמה? מה הייתה סיבת התאונה? האם יש לך עבירות תנועה? כמה? מאיזה סוג?

_____

_____

מספר		כל זמן	רוב הזמן	חלק מהזמן	כלל לא	לא רלוונטי
1	האם קשה לך לנהוג עם רדיו, טלפון וכדומה?					

2	האם את/ה גורם/ת נזקים (אפילו קטנים) לרכבך ?					
3	האם את/ה נשאר/ת לעמוד ברמזור גם אחרי שהוא מתחלף לירוק?					
4	האם את/ה מפספס/ת תמרורים ושלטים?					
5	האם את/ה נוסע/ת במהירות גבוהה מידי או איטית מידי בלי לשים לב?					
6	האם את/ה חושב/ת שחוסר מיקוד משפיע על יכולת הנהיגה שלך?					

<u>אישי:</u>

רקע: האם את/ה משתמש/ת בסמים/אלכוהול? באיזה תדירות? האם מעשן/ת? כמה? מאיזה גיל? האם היו לך הסתבכויות עם מערכות (כילד/ה בצבא, עבירות על החוק)? האם כילד/ה היו לך קשיים דומים? בריכוז וקשב, נטייה להתפרצויות, אי שקט. האם כילד/ה הצלחת פחות מהצפוי?

_____

_____

מספר		כל זמן	רוב הזמן	חלק מהזמן	כלל לא	לא רלוונטי
1	האם את/ה מרוצה באופן כללי מרמת התפקוד שלך? (בעבודה, בלימודם,בבית, בזוגיות ...)					
2	האם את/ה מרגיש/ה שאת/ה ממצא את יכולתייך וכישורונתייך?					
3	האם את/ה עוסק/ת בפעילות אתגרית? מפיק/ה הנאה מפעילויות הכרוכות בסיכון? (ספורט, נהיגה)					
4	האם את/ה צריך/ה להתאמץ מאוד כדי להשיג דברים קלים? (להגיע בזמן , לסיים מטלה , לבצע פעולות יומיומיות שעלו בשיחה)					
5	האם את/ה חווה אי - שקט?					
6	האם יש משימות שקשה לך לבצע ואילו לאחרים נראה שקל לבצע?					
7	האם אתה מבחין שילדייך דומים לך במובנים עליהם שוחחנו? הורייך? אחייך?					
8	האם את/ה חווה תחושת כישלון? (במה?)					