**בקשה להרחבת מכסת הטיפולים בסדרה הראשונה**

**בשפה ודיבור**

**פרטי המטופל:**

שם: ת.ז.: ת.לידה:

**פרטי הטיפול:**

שם המכון המטפל:

שם קלינאי/ית התקשורת המטפל/ת:

**סיבת הבקשה:**

המטופל הגיע למכוננו לקבלת טיפול בשפה ודיבור   
במהלך הטיפול נראים קשיים משמעותיים בכל תחומי השפה והדיבור ביחס לבני גילו.

יודגש כי הקשיים הרבים עלו גם באבחון ונתמכו באנמנזה של ההורים והגננת.

על כן, ניכר הצורך בהרחבת מכסת הטיפולים בסדרה הראשונה ל \_\_ טיפולים

בברכה   
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, קלינאית תקשורת, מ.ר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חתימה וחותמת המכון