



המוסד לביטוח לאומי  
מנהל הגמלאות

סניף \_\_\_\_\_

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות סוג דפים המסמך
------------------------------------	-------------------------------

### טיפול פסיכולוגי - טופס דיווח חודשי

אני \_\_\_\_\_ מצהיר/ה בזה כי טפילתי במר/גב' \_\_\_\_\_

בחודש \_\_\_\_\_ לפי הפירוט להלן:

תאריך	משך זמן הטיפול	חתימת המטופל

חתימה \_\_\_\_\_