



סבא ג'ק – מרכז לטיפול חוויתי משולב ע"ר מס' 580366912

ברטיס קליטה

שם ממלא הכרטיס _____ תאריך פניה (חובה) _____
שם המטופל/ת _____ שם משפחה _____
ת.ז. _____ תאריך לידה _____
גיל _____ ז' / ב _____
גורם מפנה _____
פסיכולוג / פסיכיאטר / נוירולוג / רופא משפחה / גננת / מורה / אחר _____
סוג הטיפול _____
רכיבה טיפולית / טיפול באמצעות בע"ח / פרווייקט נוער / לברור באינטייק _____
סיבת הפניה _____

קופ"ח _____
מכבי/מאוחדת/ כללית/לאומית/ארגון + סוג ביטוח _____
טלפון ליצירת קשר _____ כתובת _____
כתובת e-mail: _____

*פגישת אינטייק תיקבע רק כשיתפנה מקום. טיפול ייקבע לאחר התאמת מטפל וסוג הטיפול ע"י העוס"ית באינטייק.
*ציון ימים ושעות בהם תוכלו להגיע למפגשים שאכן פנויים במערכת הכרחיים לשיבוץ מהיר יותר.
*ככל שתאפשרו יותר גמישות בשעות יקוצר זמן ההמתנה לתחילת מפגשים.

יום ראשון	יום שני	יום שלישי	יום רביעי	יום חמישי	יום שישי

שעות בוקר 08:00-12:00
שעות צהרים 12:00-16:00
שעות ערב 16:00-20:00

מתחת לגיל 18-----

שם האם _____ נייד _____
שם האב _____ נייד _____

הטיפול בחווה מותנה בקביעת פגישת אינטייק בעלות 170 ₪
(ללא החזרים ע"י קופות החולים)

סבא ג'ק – מרכז לטיפול חוויתי משולב ע"ר מס' 580366912

תקנון טיפול באמצעות סוסים (בגירים)
לשנת _____

מטופל יקר, הנך מעוניין/ת ברכיבה טיפולית בחוות סבא ג'ק. הפעילות ניתנת על ידי מדריכים מוסמכים ומקצועיים. אנו עושים כל שביכולתנו להביא להצלחה ולהשגת התקדמות מרבית שלך, אולם ישנה חשיבות מרובה בקבלת שיתוף פעולה ומחויבות מצדך.

את/ה מתבקשים לקרוא את התקנון בעיון ולחתום בסופו על מחויבותכם.

הרשמה

1. על מנת להירשם לטיפול בחווה יש לשלוח את כל טפסי הרישום הנחוצים.
2. שיחת קבלה עם העובדת הסוציאלית של החווה (אינטייק) לפני כניסתכם לחווה לטיפול היא תנאי מחייב והיא נעשית בתשלום מראש של 170 ₪.
3. לאחר שיחת הקבלה עם העובדת הסוציאלית יקבע לכל מטופל יום ושעה קבועים בו יתקיים המפגש הטיפולי.
4. כל מטופל מחויב להביא כרטיס קליטה, אישור רפואי המאשר לו להשתתף ברכיבה, ויתור סודיות רפואית ותקנון. ללא אישורים אלה לא יתקיימו מפגשים.

נהלי בטיחות

1. על המטופלים בחווה למלא אחר הוראות הבטיחות הנהוגות במקום ולציית למדריכים ולמטפלים.
2. על המטופל להגיע לפעילות לבוש במכנסים ארוכים ונעלים סגורות. ללא לבוש זה לא יתקיים השיעור ותחויבו בתשלום.
3. מומלץ לרכוש קסדה אישית לכל הרכב מסיבות היגייניות.

תכנים

1. תכני הטיפולים והפעילויות יקבעו על ידי הצוות המקצועי של החווה. במהלכם ישולבו גם תכנים עיוניים ופעילויות על הקרקע כמו טיפול בסוסים. תכנים אלו הינם חלק מהתהליך הטיפולי והם חלק אינטגרלי מלימוד הרכיבה והידוק הקשר וההבנה בין המטופל לסוס ולכן התחלת השיעור הוא מרגע המפגש בין המטופל והמדריך.
2. אנו מבקשים שלא תהיה כל התערבות של הורה/מלווה בזמן הפעילות.

תנאי תשלום

יש לפתוח ולשלם מראש עבור 30 מפגשים מינימום. כל מפגש הוא בעלות של 185 ₪ עליכם להודיע לפחות חודש מראש על כוונתם לסיים או להמשיך בטיפולים. במידה ותחליטו להפסיק את הטיפול בהודעה מראש החווה תחזיר את חלק התשלום היחסי הנותר.

תאריך _____ חתימה _____

לוחות זמנים שינויים וביטולים

1. על המטופל להגיע כ – 5 דקות לפני תחילת הפעילות בכדי לאפשר לו זמן התארגנות.
2. במקרה שמטופל לא מגיע באופן עקבי ורציף למפגשים שנקבעו ומרבה בחיסורים החווה רשאית להחליט על הפסקת המפגשים. מטופל שהופסקו מפגשיו וירצה לחזור – ייכנס לסוף רשימת ההמתנה.
3. המטופל הינו חלק מהחווה ורצף הטיפולים הכרחי ליעילות הטיפול, כל עוד לא הוגשה בקשה לביטול הטיפולים על המטופל לשלם על טיפולים שבוצעו ללא תשלום ועל טיפולים עתידיים.
4. ביטול טיפול מכל סיבה שהיא ע"י הרוכב יחויב בתשלום. במקרה של הודעה עד 24 שעות מראש, ניתן יהיה לקבל טיפול בהשלמה על בסיס מקום פנוי. במידה והביטול נעשה סמוך לשעת הטיפול לא תהיו זכאים להשלמה (למעט מקרים לא צפויים מראש).
5. ההשלמות עבור חיסורים מצד המטופל יתבצעו עד לסיום תקופת התשלום.
6. במקרה של ביטול מפגש ע"י החווה, החווה מתחייבת להחזיר את המפגש והחווה תתאם עם ההורים מועד לשיעור חלופי.

שירותים נוספים

החווה רואה את הרוכב/מטופל כחלק בלתי נפרד מהמערכת בה הוא חי (משפחה, מסגרת חינוכית וחברתית) ולכן אנו מאמינים שאם רוצים לתת לו מענה טיפולי הולם ורחב יותר, חשוב לשתף, לתת ולקבל משוב ממערכת זו. אנו ממליצים – כחלק בלתי נפרד מהטיפול - על קיום מפגשים תקופתיים בינכם לבין הצוות המקצועי של החווה. החווה מציעה במידת הצורך גם מתן דוחות בכתב למסגרות בריאותיות/ חינוכיות בעלות של 80 ₪ או מפגשי הדרכה להורים ע"י העוסי"ת בעלות של 180 ₪ למפגש.

אני מאשר/ת הסכמתי לאמור בתקנון לאחר שקראתי את תנאיו.

שם הרוכב _____

דואר אלקטרוני _____

טלפון/פלאפון למסירת הודעות _____

תאריך _____ חתימה _____

ויתור סודיות רפואית

שם המטופל/ת _____

ת.ז. _____

מתחת לגיל 18- שם ההורה / האופוטרופוס _____

נא סמנו X במקום הנכון:

- אני מסכים בזאת כי ניתן יהיה להעביר/לקבל אינפורמציה על בני/בתי מגורמים רלוונטיים (כמו בי"ס, גן, רופא, מטפלים שונים וכדומה)
- אני מסכים בזאת כי ניתן יהיה להעביר/לקבל אינפורמציה אודותי מגורמים רלוונטיים (כמו רופא, מטפלים שונים מסגרת חינוכית / לימודית וכד')

הערות:

תאריך _____

חתימה _____



סבא ג'ק – מרכז לטיפול חוויתי משולב ע"ר מס' 580366912

אישור רפואי – לכל מטופלי ורכבי החווה

שם _____ מס' ת.ז. _____
ת. לידה _____ מין: זכר / נקבה
מצב בריאותי _____
אבחנה רפואית _____

תסמונת דאון: כן / לא
חיסון טטנוס: כן / לא, ניתן בתאריך _____
ניתוחים רלוונטיים לשנה האחרונה _____

נא לציין באם המועמד/ת סבל/ה או סובל/ת כיום מאחדת או יותר מהמחלות הבאות:

_____ אפילפסיה, ציין סוג	לא	כן	אמופילה
_____ עקמת, ציין סוג	לא	כן	הפרעות בשמיעה
_____ הפרעה נוירולוגית	לא	כן	הפרעות בראייה
	לא	כן	אלרגיות
	לא	כן	מחלת לב
	לא	כן	לחץ דם
	לא	כן	שינוי משקל
	לא	כן	אסטמה

אחר: _____

אישור הרופא המטפל: חובה לחתום !!

שם הרופא _____ תאריך _____
חתימה + חותמת _____

אישור המטופל / האופוטרופוס/ית

שם מלא _____ תאריך _____
חתימה _____