



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

ברטיס קליטה

שם ממלא הברטיס \_\_\_\_\_ תאריך פניה (חובה) \_\_\_\_\_  
שם המטופל/ת \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_  
ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
גיל \_\_\_\_\_ ז' / נ

גורם מפנה

פסיכולוג / פסיכיאטר / נויורולוג / רופא משפחה / גננת / מורה / אחר  
סוג הטיפול  
טיפול באמצעות סוסים / טיפול באמצעות בע"ח / פרוייקט 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 העו"סית 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

-----מתחת לגיל 18-----

שם הורה 1 \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_  
שם הורה 2 \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_

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



תקנון טיפול באמצעות סוסים (לגילאי +18)

מטופל יקר, הנך מעוניין/ת ברכיבה טיפולית בחוות סבא ג'ק. הפעילות ניתנת על ידי מדריכי רכיבה טיפולית מוסמכים ומקצועיים. אנו עושים כל שביכולתנו להביא להצלחה ולהשגת התקדמות מרבית עבורך, אולם ישנה חשיבות מרובה בקבלת שיתוף פעולה ומחויבות מצדך. נא לקרוא את התקנון בתשומת לב, חתימה על התקנון תהווה אישור והתחייבות לעמוד בכל תנאיו.

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 לטיפול בחווה היא תנאי מחייב והיא נעשית בתשלום מראש של 170 ש"ח.
3. לאחר שיחת הקבלה עם העובדת הסוציאלית יקבע לכל מטופל יום ושעה קבועים בהם יתקיים המפגש הטיפולי.
4. כל מטופל מחויב להביא כרטיס קליטה, הצהרת בריאות מטעם רופא מוסמך, 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 רוכב 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 המפגש מתחיל מרגע המפגש בין המטופל והמדריך.
2. אנו מבקשים שלא תהיה כל התערבות של הורה/מלווה בזמן המפגש.
3. שינוי מתכונת המפגש מפרטי לקבוצתי תעשה בהמלצה מקצועית של מדריכי החווה והעובדת הסוציאלית ובשיתוף ההורה. במקרה כזה יתכן שינוי במועד המפגש ובעלותו.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

שם מטופל \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_



### תנאי תשלום

יש לפתוח ולשלם מראש עבור 30 מפגשים מינימום. כל מפגש הוא בעלות של 185 ₪ עליכם להודיע לפחות 4 שבועות (חודש) מראש על כוונתכם לסיים את הטיפול, במידה ולא תינתן הודעה מראש כנדרש, החווה שומרת לעצמה את הזכות לחייב את המטופל על חודש מיום ההודעה. בהודעה מראש החווה תחזיר את חלק התשלום היחסי הנותר.

### 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 – יכנס לסוף רשימת ההמתנה. הודעה על סיום המפגשים מטעם החווה תינתן כ-3 שבועות מראש לפחות.
3. 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.
4. במידה והביטול נעשה סמוך לשעת הטיפול לא תהיו זכאים להשלמה (למעט מקרים לא צפויים מראש בהם ניתן אישור).
4. חשוב! ההשלמות עבור חיסורים מצד המטופל יתבצעו עד לסיום תקופת התשלום על בסיס מקום פנוי.
5. מטופל שביטל מעל 5 טיפולים במהלך הסדרה לא יוכל להמשיך לסדרה חדשה (למעט מקרים בהם ניתן אישור מהנהלת החווה)
6. במקרה של ביטול כל מפגש ע"י החווה, החווה מתחייבת להחזיר את המפגש והחווה תתאם עם המטופל מועד למפגש חלופי.

### שירותים נוספים

החווה רואה את המטופל 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. עלות מפגש זה הוא 180 ₪

החווה מציעה במידת הצורך גם הדרכה ע"י העו"סית בעלות של 180 ₪ למפגש ומתן דוחות בכתב למסגרות בריאותיות/ חינוכיות בעלות של 80 ₪

שירותים אלו אינם חלק מההסדרים עם קופות החולים.

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

שם המטופל \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_  
דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_  
טלפון למסירת הודעות \_\_\_\_\_  
תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_



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

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 אודותיי מגורמים רלוונטיים (כמו רופא, מטפלים שונים מסגרת חינוכית / לימודית וכד')

הערות:

---

---

---

---

תאריך \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_

כתובת למשלוח דואר: רחוב משכן שילה 16 ירושלים 9371908 כתובת החווה: עין יעל ירושלים

טל: 02-6453573 פקס: 02-6769425

[www.sabajack.co.il](http://www.sabajack.co.il) [office@sabajack.com](mailto:office@sabajack.com)

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

**הצהרת בריאות להשתתפות בפעילויות בחווה**

הטופס מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות ופונה לשני המינים.

חובה למלא את כל המקומות המסומנים בכוכבית (\*)

שימו לב! טופס שלא יהיה מלא לחלוטין לא יתקבל ולא תתאפשר קליטה לרשימת ההמתנה.

\* שם המטופל \_\_\_\_\_ \* מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ \* ת. לידה \_\_\_\_\_ \* מין: ז/נ

\* אנא מלאו את המשבצות הרלוונטיות וציינו אם המטופל סבל בעבר או סובל כיום מאחת או יותר.

מהמחלות הבאות:

- מחלות שלד - עמוד שדרה או מצב לאחר ניתוח
- תסמונת דאון
- עקמת
- מחלת פרקי ירך
- צפיפות עצם ירודה
- שינויים במבנה הגולגולת
- ניקוז גולגולתי (המקשה על חבישת קסדה)
- ילד לקראת ניתוח
- סוכרת בלתי מאוזנת
- מחלת עור - הגורמת לשינוי תחושתו או פצעי לחץ
- דליות במצב קשה או מתקדם
- יתר לחץ דם
- בעיות לב
- אירוע מוחי
- מצב התנהגותי ללא שליטת הרוב
- אפילפסיה
- אחר \_\_\_\_\_
- ילדי בריא לחלוטין, ואדווה לחווה על כל שינוי המבוסס על רשימה זו או אחר.

הערות נוספות:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**\* אישור הרופא המטפל:**

\* שם הרופא \_\_\_\_\_ \* תאריך \_\_\_\_\_

\* חתימה + חותמת רשמית \_\_\_\_\_

במקרים בהם רופא המשפחה לא מוכן לחתום על הטופס ניתן להביא טופס 'סיכום מידע רפואי' מטעם קופת החולים.

**אישור המטופל / האפוטרופוס/ית**

בחתימה על מסמך זה אנו מצהירים כי לידיעתנו, ילדנו בשיר להשתתף בפעילות בחווה, ברכיבה ובטיפולים. כמו כן ידוע לנו כי אינו סובל מהבעיות המפורטות בהמשך המהוות מצב רפואי העלול לסכן את בריאות הילד במהלך הפעילות בחווה.

\* שם מלא \_\_\_\_\_ \* תאריך \_\_\_\_\_

\* חתימה \_\_\_\_\_