



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

כרטיס קליטה

שם ממלא הכרטיס _____ תאריך פניה (חובה) _____
שם המטופל/ת _____ שם משפחה _____
ת.ז. _____ תאריך לידה _____ / _____ / _____
גיל _____ ז' / נ'

גורם מפנה

פסיכולוג / פסיכיאטר / נוירולוג / 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 תובלו להגיע למפגשים שאכן פנויים במערכת הברחיים 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 (ילדים בין הגילאים 6-18)

הורים יקרים, הנכם מעוניינים שילדכם יצטרף לטיפול רגשי באמצעות סוסים בחוות סבא ג'ק. הפעילות ניתנת על ידי מדריכי רכיבה טיפולית מוסמכים ומקצועיים. אנו עושים כל שביכולתנו להביא להצלחה ולהשגת התקדמות מרבית של הילדים, אולם ישנה חשיבות מרובה בקבלת שיתוף פעולה ומחויבות מצדכם ההורים. אתם מתבקשים לקרוא את התקנון בעיון ולחתום בסופו על מחויבותכם. התקנון חייב להיות חתום ע"י שני ההורים או ע"י כל האופטרופוסים הממונים עפ"י חוק. 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 של ההורים עם העובדת הסוציאלית של החווה (אינטייק) לפני תחילת הטיפול הראשון היא תנאי מחייב והיא נעשית בתשלום נפרד של 170 ₪
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 ברירות מטעם רופא מוסמך, ויתור סודיות רפואית ותקנון. ללא אישורים אלה לא יתקיימו מפגשים.
5. על מטופלים מתחת לגיל 18 להחתים את האופטרופוס על כל הטפסים.

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 מטופל 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 _____ חתימת הורה 1 _____ חתימת הורה 2 _____
שם מטופל _____ ת"ז _____

תנאי תשלום

לכל הרוכבים

ללא הסדר תשלום או התחייבות מראש לא יינתנו הטיפולים. החווה משאירה לעצמה את הזכות לשנות מחירים ונהלים לפי החלטתה. המחיר החדש – אם יהיה – לא יחול על מפגשים שתשלומם נפרע ערב השינוי.

מטופלי "מכבי שירותי בריאות" יביאו התחייבויות מראש. מטופלי "שירותי בריאות כללית מושלם" יביאו הפניה לפי דרישת הקופה וישלמו את חלקם מראש בהמחאות או כרטיסי אשראי לפי ההסדר הנ"ל. מטופלי "מאוחדת שיא" ו"לאומית" משלמים לחווה מחיר מלא מראש וההתחשבות לקבלת ההחזר הכספי היא ביניהם לקופה.

במידה ובמהלך הטיפול מתבצע מעבר בין קופות חולים, חובת הדיווח למשרד היא על ההורה. במקרה ובו ההורה לא מדווח על כך, חובת התשלום היא של ההורה. כל מטופל חדש יחויב בפתיחת סדרה של מינימום טיפולים.

האחריות על ספירת המפגשים המכוסים על ידי קופות החולים השונות היא על ההורים, במידה ויהיו חריגות ממספר המפגשים המכוסים על ידי הקופה על המטופלים לשלם לפי המחירון או להביא התחייבות נוספת.

במקרה של הודעה על סיום טיפול על ההורים להודיע 4 שבועות (חודש) מראש על כוונתם לסיים את הטיפול, במידה ולא תינתן הודעה מראש כנדרש, החווה שומרת לעצמה את הזכות לחייב את המטופל על חודש מיום ההודעה.

במידה ותחליטו להפסיק את הטיפול בהודעה מראש החווה תחזיר את חלק התשלום היחסי.

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. הודעה על סיום המפגשים מטעם החווה תיתן כ-3 שבועות מראש לפחות. חובב שהופסקו מפגשיו וירצה לחזור – ייבכס לסוף רשימת ההמתנה.
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. במידה והביטול נעשה סמוך לשעת הטיפול לא תהיו זכאים להשלמה (למעט מקרים לא צפויים מראש בהם ניתן אישור).

תאריך _____ חתימת הורה 1 _____ חתימת הורה 2 _____
שם מטופל _____ ת"ז _____



לוחות זמנים שינויים וביטולים

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 ההורים מועד למפגש חלופי.

שירותים נוספים

החווה רואה את הילד 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 בין ההורים, העובדת הסוציאלית של החווה בשיתוף מדריך/כת הרכיבה. העלות של מפגש כזה הוא 180 ₪ החווה מציעה במידת הצורך גם מתן דוחות בכתב למסגרות בריאותיות/ חינוכיות בעלות של 80 ₪ או מפגשי הדרכה להורים ע"י העוסי"ת בעלות 180 ₪ למפגש. שירותים אלו אינם חלק מההסדרים עם קופות החולים.

אישור ההורים

1. אני מאשר בזאת כי ידוע לי שבני/בתי מקבל/ת טיפול רגשי באמצעות סוסים בחוות סבא ג'ק. ידוע לי כי על אף כל אמצעי הזהירות הננקטים על ידי החווה ולאור הסיכונים הכרוכים ברכיבה על סוס, אין זה מן הנמנע כי בני/בתי עלולה להיפגע במהלך שיעורי הרכיבה על הסוס ובסמוך להם.

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

שם הורה 1 _____ שם הורה 2 _____ שם המטופל _____

ת"ז מטופל _____ דואר אלקטרוני _____

טלפון למסירת הודעות _____ טלפון 2 _____

תאריך _____ חתימת הורה 1 _____ חתימת הורה 2 _____



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 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/ב

* 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 הרוכב
- 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 כשיר 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 _____

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

טל: 02-6453573 פקס: 02-6769425

www.sabajack.co.il office@sabajack.com