



**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 \_\_\_\_\_ נ / ז

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)



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

תקנון לילדים בפרויקט הנוער

לשנת \_\_\_\_\_

הורים יקרים, הנכם מעוניינים שילדכם יצטרף לטיפול קבוצתי באמצעות סוסים בחוות סבא ג'ק. הפעילות ניתנת על ידי מדריכים 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 האפוטרופוסים הממונים עפ"י חוק.

### הרשמה

1. על מנת להירשם לטיפול בחווה יש לשלוח את כל טפסי הרישום הנחוצים.
2. שיחת קבלה של ההורים והנער/ה עם העובדת הסוציאלית של החווה (אינטייק) לפני קבלת הנער לחווה 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.
5. על מטופלים מתחת לגיל 18 להביא אישור הורים.

### נהלי בטיחות

1. על המטופלים בחווה למלא אחר הוראות הבטיחות הנהוגות במקום ולציית למדריכים ולמטפלים.
2. על המטופלים להגיע לפעילות לבושים במכנסים ארוכים ונעלים סגורות.
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 וגם פעילויות על הקרקע כמו טיפול בסוסים. תכנים אלו הינם חלק מהתהליך הטיפולי והם חלק אינטגרלי מלימוד הרכיבה והידוק הקשר וההבנה בין המטופל לסוס ולכן תחילת המפגש היא מרגע המפגש בין המטופל והמדריך.
2. אנו מבקשים שלא תהיה כל התערבות של הורה/מלווה בזמן הפעילות. לאחר מכן ניתן ליצור קשר עם המטפלת/ת או עם העובדת הסוציאלית של החווה.

### תנאי תשלום

התשלום בפרויקט הנוער הינו חצי שנתי. ללא הסדר תשלום או התחייבות מראש לא יוכל הנער להתחיל בפעילות. את התשלום לחווה ניתן לעשות בכרטיסי אשראי כאשר ניתן לפרוס סכום זה ל-6 תשלומים. לילדים שזכאים לכך, ניתן להגיש התחייבויות של קופות החולים. אך על ההורים האחריות למלא התחייבותם כלפי הקופה. מטופלי "מכבי שירותי בריאות" יקבלו הפניה מרופא איתה יגשו למשרד המרפאה לפתוח קוד טיפול רגשי. מטופלי "שירותי בריאות כללית מושלם" יביאו הפניה לפי דרישת הקופה וישלמו את חלקם מראש בהעברה בנקאית או בכרטיסי אשראי לפי ההסדר הנ"ל. מטופלי "מאוחדת שיא" ו"לאומית" משלמים לחווה מחיר מלא מראש וההתחשבות לקבלת ההחזר הכספי היא ביניהם לקופה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הורה 1 \_\_\_\_\_ חתימת הורה 2 \_\_\_\_\_

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

האחריות על ספירת המפגשים המכוסים על ידי קופות החולים השונות היא על ההורים, במידה ויהיו חריגות ממספר המפגשים המכוסים על ידי הקופה על המטופלים להשלים לעלות חצי-שנתית או להביא התחייבות נוספת.  
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. 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.

### לוחות זמנים שינויים וביטולים

1. על המטופל להגיע כ- 5 דקות לפני תחילת המפגש בכדי לאפשר לו זמן התארגנות.
2. במקרה שמטופל לא מגיע באופן עקבי ורציף למפגשים שנקבעו ומרבה בחיסורים החווה רשאית להחליט על הפסקת המפגשים. רוכב שהופסקו מפגשיו וירצה לחזור – ייכנס לסוף רשימת ההמתנה.
3. מכיוון שהפרויקט הינו קבוצתי- ככלל אין מפגשי השלמה (משום שהקבוצה מתקיימת גם ללא הרכב מלא) אך במקרים חריגים לאחר הודעה מראש תהיה האפשרות להשלים עד 3 טיפולים שבטלו.
4. ביטול טיפול מכל סיבה ע"י המטופל יחויב בתשלום.

### 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, לצוות המקצועי של החווה. החווה מציעה במידת הצורך גם מתן דוחות בכתב למסגרות בריאותיות/ חינוכיות בעלות של 80 ₪ או מפגשי הדרכה להורים בעלות של 180 ₪ למפגש. שירותים אלו אינם חלק מההסדרים עם קופות החולים.

### אישור ההורים

1. אני מאשר בזאת כי ידוע לי שבני/בתי ממשותף/משתתפת בטיפול קבוצתי 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 עלול/ה 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 התלמיד \_\_\_\_\_  
דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_  
פלאפון למסירת הודעות \_\_\_\_\_ פלאפון/טלפון 2 \_\_\_\_\_  
תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הורה 1 \_\_\_\_\_ חתימת הורה 2 \_\_\_\_\_

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)



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 \_\_\_\_\_



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