



ברטיס קליטה

שם ממלא הכרטיס _____ תאריך פניה (חובה) _____

שם המטופל/ת _____ שם משפחה _____

ת.ז. _____ תאריך לידה _____

גיל _____ נ/ז _____

גורם מפנה _____

פסיכולוג / פסיכיאטר / נירולוג / רופא משפחה / גננת / מורה / אחר _____

סוג הטיפול _____

רכיבה טיפולית / טיפול באמצעות בע"ח / פרויקט 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 בשיתוף הפנה מקום. טיפול ייקבע לאחר התאמת מטפל וסוג הטיפול ע"י העוס"ת 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 ביקור 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)

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 והנערה/ 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 הזראות 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/ 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 _____

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 הנוטר.

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 אין מפגשי השלמה (משום שהקבוצה ממשיכה גם ללא הרכב מלא)**
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 ש" או מפגשי הדרכה להורים בעלות של 180 ש" למפגש. שירותים אלו אינם חלק מההסדרים עם קופות החולים.

אישור ההורים

1. אני מאשר בזאת כי ידע 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 עלולה להיפגע במהלך שיעורי הרכיבה על הסוס ובסמוך להם.
2. **אני מאשר/ת הסכמתי לאמור בתקנון לאחור 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 _____



אישור רפואי – לכל מטופלי ורובי 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	אמפילה
_____	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 + הותמת _____

אישור המטופל / האופוטרופוס/ית

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

הערות:

תאריך _____

חתימה _____