



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 _____
שם האב _____
נייד _____
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 (קטינים)
לשנת _____

הורים יקרים, הנכם מעוניינים שילדכם יצטרף לטיפול רגשי 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 האופטרופוסים הממונים עפ"י חוק.

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 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 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 יקבעו על ידי מדריכי/מטפלי 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 תחילת השיעור היא מרגע המפגש בין המטופל והמדריך.
2. אנו מבקשים שלא תהיה כל התערבות של הורה/מלווה בזמן המפגש
3. שינוי מתכונת המפגש מפרטי לזוגי או קבוצתי תעשה בהמלצה מקצועית של מדריכי החווה והעובדת הסוציאלית ובשיתוף ההורה. במקרה כזה יתכן שינוי במועד המפגש.

תאריך _____ חתימת הורה 1 _____ חתימת הורה 2 _____

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 שיעורים 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 וההתחשבנות 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.

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 או המשך טיפול על ההורים להודיע חודש מראש על כוונתם לסיים או להמשיך בטיפולים.

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. הוכב שהופסקו מפגשיו וירצה לחזור – יכנס 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. 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 על בסיס מקום פנוי.
6. במקרה של ביטול מפגש ע"י החווה, החווה מתחייבת להחזיר את המפגש והחווה תתאם עם ההורים מועד למפגש חלופי.

תאריך _____ חתימת הורה 1 _____ חתימת הורה 2 _____



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

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 שיעורי רכיבה או רכיבה טיפולית על 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 התלמיד _____
דואר אלקטרוני _____
פלאפון למסירת הודעות _____ פלאפון/טלפון 2 _____
תאריך _____ חתימת הורה 1 _____ חתימת הורה 2 _____

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 _____



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	שיווי משקל
	לא	כן	אסטמה

אחר: _____

אישור הרופא המטפל: חובה לחתום!!

שם הרופא _____ תאריך _____

חתימה + חותמת _____

אישור המטופל / האופוסטרופוס/ית

שם מלא _____ תאריך _____

חתימה _____