



ברטיס 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 / פרווייקט נוער / לברור באינטייק
סיבת הפניה

קופ"ח

מכבי/מאוחדת/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 לטיפול באמצעות בעלי חיים

לשנת _____

הורים יקרים, הנכם מעוניינים שילדכם יצטרף לטיפול רגשי באמצעות בעלי חיים בחוות סבא ג'ק. הפעילות ניתנת על ידי מטפלים מוסמכים ומקצועיים. אנו עושים כל שביכולתנו להביא להצלחת הטיפול 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 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/ת יום ושעה קבועים בו יתקיים המפגש הטיפולי.
4. על כל מטופל/ת חובה להביא כרטיס קליטה, אישור רפואי המאשר לו להשתתף ברכיבה, ויתור סודיות רפואית, תקנון ואישור הורים. ללא אישורים אלה לא יתקיימו מפגשים.

נהלי בטיחות

1. על המטופלים בחווה למלא אחר הוראות הבטיחות הנהוגות במקום ולציית למדריכים.
2. על ההורה ללוות את המטופל/ת עד לחדר הטיפול, לוודא שהמטפל קיבל אותו ולשוב לקחתו בסיום הטיפול.
3. ההורים והאחים מתבקשים להמתין במתחם התחתון של החווה ולא בסביבת חדרי הטיפולים או פינת החי.
4. השהות בחווה מעבר לשעת הטיפול הינה באחריות ההורים.

תכנים

1. תכני הטיפולים יקבעו על ידי מטפלי החווה והעובדת הסוציאלית
2. אנו מבקשים שלא תהיה כל התערבות של הורה/מלווה בזמן הטיפול אלא אם הוא מתבקש לעשות זאת על ידי המטפל.
3. משך הטיפול הינו 45 דקות.

תנאי תשלום לכל המטופלים

ללא הסדר תשלום או התחייבות מראש לא יינתנו הטיפולים.

יש לפתוח סדרה של מינימום 25 טיפולים.

מחיר הטיפול הינו 250 ₪.

החווה משאירה לעצמה את הזכות לשנות מחירים ונהלים לפי החלטתה. המחיר החדש – אם יהיה – לא יחול על שיעורים שתשלומם נפרע ערב השינוי.

מכבי היא הקופה היחידה שמסבסדת טיפול באמצעות בעלי חיים, הכל בהתאם למכסת הטיפולים של המבוטח. מטופלי "מכבי שירותי בריאות" יוודאו זכאות שנתית במסלול מכבי זהב או מכבי שלי.

תאריך _____ חתימת הורה 1 _____ חתימת הורה 2 _____



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

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

לוחות זמנים שינויים וביטולים

1. על המטופל/ת להגיע כ- 5 דקות לפני תחילת הפעילות בכדי לאפשר זמן הסתגלות.
2. במקרה שמטופל/ת לא מגיע באופן עקבי ורציף למפגשים שנקבעו ומרבה בחיסורים החווה רשאית להחליט על הפסקת המפגשים. מטופל/ת שהופסקו מפגשיו וירצה לחזור – ייכנס לסוף רשימת ההמתנה.
3. המטופל/ת 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 המטופל/ת 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).
5. ההשלמות עבור חיסורים מצד המטופל/ת יתבצעו עד לסיום תקופת התשלום על בסיס מקום פנוי.
6. במקרה של ביטול טיפול ע"י החווה, החווה מתחייבת להחזיר את המפגש והחווה תתאם עם ההורים מועד לטיפול חלופי.

אישור ההורים

1. אני מאשר/ת בזאת כי ידוע לי שבני/בתי מקבל/ת טיפולים רגשיים הנעזרים בבעלי חיים בחוות סבא ג'ק. ידוע לי כי על אף כל אמצעי הזהירות הננקטים על ידי החווה אין זה מן הנמנע כי בני/בתי עלול/ה להיפגע במהלך הטיפולים 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 _____



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 הרכב
- אפילפסיה
- אחר _____
- ילדי בריא לחלוטין, ואדווה לחווה על כל שינוי המבוסס על רשימה זו או גורם 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 לעיל 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

ויתור סודיות רפואית

שם המטופל/ת _____

ת.ז. _____

מתחת לגיל 18- שם ההורה / האופוסטרופוס _____

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 _____