



## נהלי טיפול הידרותרפיה מבוגרים

מרכז מ.ט.ר.ה הינו מרכז טיפולי רב תחומי הידרותרפיה, המספק שירותים לכלל קופות החולים ולמטופלים פרטיים. התהליך הטיפולי במרכז מ.ט.ר.ה כולל מפגשי אבחון והערכה, ומפגשים טיפוליים. המפגש הטיפולי מתקיים אחת לשבוע **ביום ובשעה קבועים** למשך 30 דקות (45 דקות-במקרים מסוימים ובתיאום מראש). על מנת לאפשר תהליך טיפול חיוני, יש צורך בהתמדה ובהגעה סדירה לטיפול ולהימנע מביטולי טיפולים.

## דרכי תקשורת עם מזכירות המרכז:

**0528414488** ווטסאפ להודעות בלבד

קבלת קהל: ימי א-ד בין השעות 9:00-18:00, יום חמישי 9:00-16:00, יום שישי 8:00-12:00.

טלפון: 03-5569693-עקב עומס פניות ניתן מענה טלפוני מועט. פקס: 03-5590850

**על מנת שנוכל להעניק לך טיפול מיטבי, אנו זקוקים לשיתוף הפעולה שלך והקפדתך על הכללים הבאים:**

- תיאום הפגישה הראשונית יתבצע רק לאחר הסדרת התשלום והגשת כל הניירת הדרושה: (סופס 17 או תשלום בכל אמצעי אחר, הפניות רפואיות, אישור רפואי: אין מניעה להיכנס למים, שאלון מבוגר, הניתן להורדה מאתר מטרה חולון באינטרנט, וכל מסמך רלוונטי אחר).
- באחריות המטופל לדאוג לתשלום בתחילת כל חודש (עד ה-5 לחודש) בעבור הטיפולים המתקיימים באותו החודש. לא ניתן לשלם עבור פגישה בודדת. אי תשלום במועד יגרום להפסקת הטיפול.
- מטופל יקר במידה והנך סובל מאחד התסמינים/המחלות הבאות הכניסה לבריכה אסורה, ותותר לאחר העברת אישור רפואי עדכני ממומחה בלבד, תודה על שיתוף הפעולה: מחלת עור, מחלת דרכי נשימה/ראות כרונית, אפילפסיה, מחלה אונקולוגית, פצע פתוח, הזנה באמצעי עזר, קלקול קיבה.

## למבוטחי קופות החולים מאוחדת ומכבי המופנים ממכון הפיזיותרפיה:

במהלך סדרת טיפול בת 9 מפגשים תוכל להעדר מכל סיבה שהיא פעם אחת בלבד. לאחר הודעה על ביטול שני בסדרה, הסדרה תסתיים באופן מיידי. יתכן ותוכל להשלים את יתרת המפגשים בתיאום מראש על בסיס מקום פנוי. איננו מחויבים לאפשר השלמת מכסת הביטולים במידה ולא תגיע באופן רציף לסדרת הטיפולים שנקבעה לך.

**מטופלים מבוטחי " כללית מושלם":** מכסת הזכאות השנתית עומדת על 24 טיפולים. הזכאות לטיפולים במרכז מ.ט.ר.ה תיקבע על ידי המטפל.

לאחר תום מכסת הטיפולים נמליץ על השתלבות במגוון הקבוצות הטיפוליות שלנו בבריכה ובתרגול עצמאי.

**מטופלים פרטיים:** במקרה של אי הגעה לטיפול, ללא הודעה מוקדמת עד השעה 18:00 בערב לפני הטיפול: **תחויב/י בתשלום של 60 ₪** עבור 2 ביטולים ראשונים. מעבר לכך יחויב המטופל עבור כל ביטול, ברגע האחרון, על סכום טיפול מלא 150 ₪.

מטופלים שלא יתמידו להגיע מסיבות שונות: המרכז שומר לעצמו את הזכות להוציאם מטיפול סדיר.



- החברה לבידור ובילוי שומרת לעצמה את הזכות למנוע כניסתו של אדם ו/או להפסיק פעילותו במרכז, ללא החזר כספי, במידה שבהתנהגות או במחדל פעל בניגוד לחוק, לתקנות ולנהלים או שבהתנהגותו הוא מסכן עצמו ו/או אחרים ו/או שגרם להטרדה ו/או נזק. היה והנזק יגרם בזדון, יחויב האדם במלוא עלות תיקון הנזק.

הנני מאשר צילום שלי ו / או של ילדי, לצורך העלאת התוכן לאתר/ פייסבוק מטרה.

### נוהל ביטול טיפול:

1. יש להודיע על ביטול טיפול עד השעה 18:00 בערב הקודם לטיפול.
  2. להודעה בדבר היעדרות מטיפול נא להודיע מוקדם ככל האפשר, ישירות למטפל וכן הודעת ווטס אפ לטלפון שמספרו: 052-8414488
  3. במקרה של חוסר הקפדה על נוהל היעדרויות, הטיפול במרכז יופסק לאלתר. לידיעתך,
- כל שטח המרכז הינו שטח המשמש לטיפולים שונים. הלקוחות מבקשים להמתין בפינות ההמתנה המיועדות לכך ולא להסתובב בשטח הבריכה, במדשאות ובחצרות.
  - בריכת מטרה הינה בריכה טיפולית ואינה מיועדת לרחצה, השימוש בבריכה מותר בזמן הטיפול שנקבע ובליויי מטפל מטרה בלבד. אין לגעת במי הבריכה שלא במועד הטיפול ובלוויי מטפל אישי, מטופל או מלווה שלא ישמעו להנחיות הנל יוצאו מטיפול לאלתר.
  - הכניסה לבריכה לבעלי שיער ארוך, עם כובע ים בלבד.
  - אין לעשן בכל שטח המרכז (כולל השטח החיצוני ועד שער היציאה מהמרכז).
  - אין לאכול כשעה וחצי לפני הפעילות בבריכה.
  - על המטופל/ת לקיים תקשורת מכבדת עם כל צוות המרכז ולהישמע להוראות אנשי צוות המרכז, אחרת לא ניתן יהיה לקיים טיפול מתאים.
  - המקום מאובטח על ידי מצלמות אבטחה לשם ביטחונכם האישי.
  - למטופלי פיזיותרפיה מבוגרים (ביבשה): הטיפולים אינם במסגרת הסדר עם קופת החולים אלא במסגרת פרטית.

### נוהל שירות נגיש:

| <u>כמות המשתתפים הנדרשים</u> | <u>סוג ההנגשה הנדרש</u>                                |
|------------------------------|--|
| <u>להתאמה יז</u>             |  |
|                              | תרגום לשפת הסימנים                                     |
|                              | אפשרות ליצירת קשר עם המרכז במייל/ ווטסאפ או פקס        |
|                              | מערכת עזר לשמיעה FN                                    |
|                              | מערכת ירידה למי הבריכה (מנוף) למטופלי הבריכה           |
|                              | חניה נגישה   |
|                              | מטופל הורה עם מוגבלות שמיעה שאינם משתמשים במכשיר שמיעה |
|                              | מטופל הזקוק למתורגמן לשפת סימנים                       |
|                              | מטופל הזקוק לחומר הדרכה כתוב                           |
|                              | מטופל הזקוק לחומר הדרכה עם פישוט לשוני                 |
|                              | מטופל הזקוק לחומר ההדרכה בכתב ברייל                    |



## חובה לצרף צילום תעודת זהות וספח .

- הריני מאשר כי קראתי את נהלי המקום והנני מתחייב לעמוד בהם:

שם המטופל/ת: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

### שאלון הפניית מבוגרים לאבחון / טיפול במרכז מ.ט.ר.ה.

תאריך מילוי השאלון: \_\_\_\_\_

#### פרטים אישיים

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון בבית: \_\_\_\_\_

טלפון נייד: \_\_\_\_\_ גורם מממן: מכבי / מאוחדת / פרטי

דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ רופא מפנה: \_\_\_\_\_

טלפון בעבודה: \_\_\_\_\_ מצב משפחתי: \_\_\_\_\_

אני הח"מ מצהיר/ה בזאת כי הפרטים שמסרתי ( בין אם דרך מכון הפיזיותרפיה ובין אם בכל אופן אחר) נכונים להיום, ומציגים באור מלא את הרקע הרפואי שלי.

מצבי הפיזי כיום מאפשר לי להשתתף בטיפול הידרותרפיה פרטני ו/או קבוצתי.

אני מתחייב/ת לידע את המטפלת/ת באופן מיידי אודות כל שינוי במצבי הבריאותי .

אם במהלך הטיפול אחוש אי נוחות, כאבים או תחושה כל לא טובה אחרת, איידע את המטפלת/ת.

אני מודע/ת לכך שההמלצות הניתנות לי אינן מחליפות היועצות עם רופא, וכי אין בכוונתי להפסיק טיפול תרופתי כלשהו ללא היועצות עם רופא.

ידוע לי כי העלמת מידע והצהרה לא נכונה אסורים ועלולים לגרום לי לנזק רפואי.

הנני מאשר/ת שידוע לי כי עלי להגיע לכל טיפולי ההידרותרפיה שנקבעו לי.

עלי להודיע על כל אי הופעה לטיפול עד השעה 18:00 בערב שלפני הטיפול למטפל ולמזכירות מרכז מטרה, בדרכים שפורטו מעלה.

ידוע לי כי אי הקפדה על כללי מרכז מטרה יביאו לסיום הטיפול הסדיר במרכז .

אבחנות רפואיות: \_\_\_\_\_

הנחיות רפואיות: \_\_\_\_\_

האם נחבלת באזור הראש, עמוד-השדרה, צוואר: \_\_\_\_\_

האם היו התקפים אפילפסיה קודמים: \_\_\_\_\_

האם את/ה סובלת/ת ממחלות (לב, סכרת, אפילפסיה): \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_ האם יש בעיה במערכת הנשימה:

\_\_\_\_\_ האם יש בעיה דומה למישהו מהמשפחה:

\_\_\_\_\_ האם יש בעיה בלב או בחזה:

\_\_\_\_\_ האם יש תחושה של נימול באזור הגפיים:

\_\_\_\_\_ האם את/ה סובל/ת מכאב ראש: מתי ובאיזו תכיפות: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ הבעיה הנוכחית: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ תיאור הכאב: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ מתי וכיצד הכאב מתחיל: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ האם את/ה יודע/ת מה גרם לו להתחיל: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ התקף הכאב הוא פתאומי או איטי: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ איך את/ה ישן/ה (תנוחות, רצף השינה): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ עיתוי הכאב (בוקר/ערב) מתי הוא חמור יותר: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ איך ההרגשה בבוקר: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ כיצד התקדם הכאב בעבר ועכשיו: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ מה מקל על הכאב: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ פעילות מקלה או מחמירה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ מה מחמיר את הכאב: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ האם ישנם אזורים נוספים מעורבים: \_\_\_\_\_

|       |   |     |
|-------|---|-----|
| כן/לא | האם אושפזת בחמש השנים האחרונות?                       | 1.  |
| כן/לא | האם עברת ניתוח אי פעם?                                | 2.  |
| כן/לא | האם את/ה נוטל/ת תרופות באופן קבוע?                    | 3.  |
| כן/לא | האם את/ה סובל/ת מיתר לחץ דם, סכרת, או כל מחלה אחרת?   | 4.  |
| כן/לא | האם דווח לך אי פעם על מחלה, מום, אוושה או רשרוש בלבך? | 5.  |
| כן/לא | האם הרגשת דפיקות לב עזות או פעימות לא סדירות?         | 6.  |
| כן/לא | האם סבלת משבר או נקע?                                 | 7.  |
| כן/לא | האם יש לך רגישות יתר (אלרגיה) לתרופות, אבק?           | 8.  |
| כן/לא | האם איבדת אי פעם הכרה בחום?                           | 9.  |
| כן/לא | האם את/ה משתמש/ת במדרסים או בתומכים?                  | 10. |



|     |  |       |
|-----|--|-------|
| 11. | האם התעלפת אי פעם בזמן מאמץ או לאחריו?       | כן/לא |
| 12. | האם ביצעת פעילות גופנית מסודרת בעבר?         | כן/לא |
| 13. | האם סבלת אי פעם מקוצר נשימה במנוחה או במאמץ? | כן/לא |
| 14. | האם קיימת בעיית גב, ברכיים, צוואר?           | כן/לא |
| 15. | האם ביצעת מבחן מאמץ (ארגומטריה) לאחרונה?     | כן/לא |

במידה ואחת התשובות הנה "כן" נא לפרט:

קראתי והבנתי את הכתוב: שם + שם משפחה: \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

### הצהרת בריאות:

אני מצהיר/ה בזאת כי הפרטים שמסרתי נכונים ומציגים באור מלא את הרקע הרפואי שלי. ידוע לי כי העלמת מידע והצהרה לא נכונה, אסורה ועלולה לגרום לי נזק רפואי. כמו כן, אני מוותר/ת על הסודיות הרפואית ומאשר/ת למסור דו"ח על תוצאות הבדיקות הרפואיות אותן אצטרך לבצע במסגרת פעילותי במרכז מטרה.

שם + שם משפחה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

- יש לצרף צילום ת.ז.

## **נא לצרף סיכומי טיפול/ אבחונים מעודכנים**

( ) אני לא מעוניין בקבלת דואר פרסומי ממרכז מ.ט.ר.ה.

את השאלון יש להחזיר ל שרונה אלן אחראית שירות לקוחות הידרותרפיה [sharonaa@reh.co.il](mailto:sharonaa@reh.co.il)

ט.ל.ח.

המסמך כתוב בלשון זכר אך מיועד לשני המינים.