



נהלי טיפול הידרותרפיה מבוגרים

מרכז מ.ט.ר.ה. הינו מרכז טיפולי רב תחומי הידרותרפיה, המספק שירותים לכלל קופות החולים, לאגף השיקום במשרד הביטחון ולמטופלים פרטיים.

התהליך הטיפולי במרכז מ.ט.ר.ה. כולל מפגש אבחון והערכה, ומפגשים טיפוליים. משך האבחון 30 דקות, במהלך האבחון נכיר את המטופל ונקבע את מטרות הטיפול. האבחון מתקיים בישיבה. 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:

שרונה אלן מזכירת הבריכה sharonaa@reh.co.il ווטסאפ להודעות בלבד 0528414488 פקס: 03-5590850

קבלת קהל: ימי א-ד בין השעות 8:00-18:00, יום שישי 9:30-13:00.

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: (טופס 17/הפניה או תשלום בכל אמצעי אחר, הפניות רפואיות, אישור רפואי כי אין מניעה להיכנס למים, מילוי טופס זה. צילום תעודת זהות + ספח)

- 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.
- במידה והנך סובל מאחד התסמינים/המחלות הבאות הכניסה לבריכה אסורה, ותותר לאחר העברת אישור רפואי עדכני ממומחה בלבד: מחלת עור, מחלת דרכי נשימה/ראות כרונית, אפילפסיה, מחלה אונקולוגית, פצע פתוח, הזנה באמצעי עזר, קלקול קיבה.

נהלי ביטולי טיפול:

יש להודיע על ביטול טיפול לא יאחר מהשעה 18:00 בערב הקודם לטיפול, ישירות למטפל וכן הודעת ווטסאפ לטלפון שמספרו: 052-8414488

במקרה של חוסר הקפדה על נוהל ביטולים, הטיפול במרכז יופסק לאלתר.

למבוטחי קופות החולים המופנים ממכון הפיזיותרפיה ולמטופלי אגף השיקום:

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. בהתאמה לנ"ל: במהלך סידרה של 12 טיפולים יתאפשרו 2 ביטולים מכל סיבה שהיא בלבד, במהלך סידרה של 24 טיפולים יתאפשרו 3 ביטולים מכל סיבה שהיא בלבד. לאחר תום מכסת הטיפולים נמליץ על השתלבות במגוון הקבוצות הטיפוליות שלנו בבריכה ובתרגול עצמאי. בסדרה של פחות מ 9 מפגשים אין להחסיר כלל, הטיפול יסתיים לאחר ביטול כלשהו.

מטופלים פרטיים: במקרה של אי הגעה לטיפול, ללא הודעה מוקדמת עד השעה 18:00 בערב לפני הטיפול: **תחויב/י**

בתשלום של 110 ₪ עבור 2 ביטולים ראשונים. החל מהביטול השלישי ללא הודעה מוקדמת יחויב המטופל עבור כל ביטול, ברגע האחרון, על סכום טיפול מלא 180/215 ₪.

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



- במקרה בו יגרם על ידי מטופל "ליקוי במים" = תקלה משביתת בריכה עקב הפרשות גופניות" יועבר המטופל לקצה לו"ז הבריכה. במקרה של חשד לגרימת "ליקויים" חוזרים בבריכה, על ידי משתתף בפעילות, באופן הפוגע ביתר המשתתפים, המרכז שומר לעצמו את הזכות לסיים הפעילות.
- 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 לצורך העלאת התוכן לאתר/ פייסבוק מטרם.
- מרכז מטרה הינו "מרכז ירוק" התומך באיכות הסביבה, נבקש את שיתוף הפעולה שלך בהבאת בקבוק/כוס מים רב פעמית בהגעתך למרכז.

למטופלי אגף השיקום במשרד הביטחון:

הנכם מופנים לטיפולים פרטניים בלבד, לא נוכל לאפשר השתתפותך בפעילויות אחרות בבריכה.

נדרשת חתימת מטופל בסיום כל טיפול (אודות קבלת הטיפול) במזכירות מ.ט.ר.ה או אצל המטפל האישי.

- מצ"ב טופס הצהרת בריאות אותו עליכם למלא:

- שם המטופל: _____ תאריך: _____

1. סובל מרגישות לכלור /ברום / עור רגיש/ ללא רגישות
2. סובל מתעוקת לב /ללא תעוקת לב
3. סובל מאסטמה / ללא אסטמה
4. סובל ממחלת לב / ללא מחלת לב
5. סובל ממפרצת (אנאוריזמה) / לא סובל ממפרצת (אנאוריזמה)
6. סובל מאי ספיקת כליות / לא סובל מאי ספיקת כליות
7. סובל מלחץ דם גבוה או נמוך / לא סובל מלחץ דם גבוה או נמוך
8. סובל מפצע פתוח-מזוהם / לא סובל מפצע פתוח-מזוהם
9. סובל מאירוע מוחי / לא סובל מאירוע מוחי
10. סובל מ DVT או מחלת כלי דם / לא סובל מ DVT או מחלת כלי דם
11. שולט בסוגרים / לא שולט בסוגרים
12. סובל מאפילפסיה / לא סובל מאפילפסיה
13. סובל מסכרת / לא סובל מסכרת
14. סובל ממחלת חום או שלשול או הקאות/ לא סובל ממחלת חום או שלשול או הקאות
15. בעל רקע אונקולוגי (גידול) / ללא רקע אונקולוגי (גידול)
16. סובל ממחלה מדבקת / לא סובל ממחלה מדבקת
17. אחר _____

חתימת המטופל על הצהרת בריאות: _____



***חתימת פיזיותרפיסט: אני מאשר למטופל להשתתף בטיפול הידרותרפיה _____ (שם מלא וחתימת פיזיותרפיסט)

הסכמת מטופל לאבחון ראשוני מרחוק על ידי פיזיותרפיסט:

בעת פנייתי לשירות בריאות מרחוק הנני נותן את הסכמתי המתמשכת כנדרש בחוק לטיפול, לרבות ביצוע התייעצויות מקצועיות והעברת המידע למטפלים אחרים כמקובל בארגון ובהתאם לשיקולים רפואיים ומקצועיים.

העובדה כי השירות ניתן מרחוק עשויה, לעיתים, להקשות על המטפל. לפיכך, במקרים מסוימים אופנה למפגש רפואי נוסף, לצורך השלמת הבדיקה הרפואית המתחייבת.

בכל מקרה של בעיה דחופה, מקרה חירום או מצב מצוקה (נפשי ו/או גופני) יש לי אפשרות לפנות לקבלת טיפול רפואי מידי לכל מוסד רפואי המספק שירותי רפואה דחופה.

המידע הנמסר על ידי במפגש מרחוק מתועד ברשומה הרפואית בהתאם לחוק.

המטפלים בשירות יעשו ככל הניתן לשמור על צנעת הפרט והסודיות הרפואית.

קיימות מגבלות בשמירה על הפרטיות וחיסיון רפואי, ואף יתכנו אירועי כשל תקשורתי וניתוק פתאומי ביני ובין השירות. הנהלת השירות עושה ככל יכולתה לאבטח את המידע הנמסר על ידי. באחריותי הבלעדית, לדאוג לשמירת פרטיותי ביחס למידע הרפואי האישי, המופיע על הצג הדיגיטלי האישי ממנו מבוצעת שיחת השירות.

פנייה לשירות באמצעות תקשורת שאינה מאובטחת יכולה להיות חשופה ברשת האינטרנט. ספק השירות יבטיח ככל יכולתו את פרטיות המידע השמור אצלו, אולם אין באפשרותו להבטיח את פרטיות המידע במהלך ההתקשרות מנקודת הקצה ממנה אני משתמש ואת המידע השמור בנקודת הקצה אצלי. לפיכך, מומלץ בתום כל שימוש, להסיר את המידע, ו/או את נתוני הזיהוי, לרבות שם משתמש וסיסמא ו/או כל נתון אחר, מנקודת הקצה בה השתמשתי, כדי לצמצם את האפשרות לגישה למידע אודותי ו/או לשירות, למי שאינו מורשה לכך על ידי. אבטחת המידע השמור בנקודת הקצה שלי הינה באחריותי הבלעדית ואין לספק השירות כל יכולת לאבטח מידע זה.

הפניה לשירות באמצעות רשתות חברתיות עשויה לגרום לשיתוף המידע הרפואי עם אחרים.

השירות כרוך בתשלום שנקבע על ידי קופת החולים ומרכז מטרה.

הנני מסכים בחתימתי לקבל טיפול מרחוק: חתימה: _____

שם מלא: _____ ת.ז. _____

- כל שטח המרכז הינו שטח המשמש לטיפולים שונים. הלקוחות מבקשים להמתין בפינות ההמתנה המיועדות לכך (ולא להסתובב בשטח הבריכה, במדשאות ובחצרות).
- ברכת מ.ט.ר.ה הינה בריכה טיפולית ואינה מיועדת לרחצה, השימוש בבריכה מותר בזמן הטיפול שנקבע ובליווי מטפל מ.ט.ר.ה בלבד. אין לגעת במי הבריכה שלא במועד הטיפול ובלוויית מטפל אישי, מטופל או מלווה שלא ישמעו להנחיות הנ"ל יוצאו מטיפול לאלתר.
- למען הצלחת הטיפול יש להיכנס לשטח הבריכה במועד הטיפול המדויק במידה והקדמתם להגיע, ניתן להמתין למועד הטיפול באזורי ההמתנה המיועדים לכך.



- כניסת אחים או מלווים נוספים לשטח הברכה אסורה.
- יש להישמע להוראות צוות המרכז.
- למען בטיחותכם ובטיחות ילדכם יש להיכנס לברכה בליווי מטפל אישי בלבד. אין לשכשך רגליים ו/או לשבת על המדרגות בכניסה לברכה ו/או לגעת במים הברכה שלא בליווי מטפל צמוד, גם במידה ושעת הטיפול מתעכבת.
- אביזרי הברכה והמשחקים סביב הברכה מיועדים לטיפול בלבד, אין לעשות שימוש באביזרי הברכה שלא במסגרת הטיפול.
- הכניסה לברכה לבעלי שיער ארוך, תתאפשר עם כובע ים בלבד.
- **שימוש ב"לוקרים" במלתחות:** לשימוש חד פעמי ניתן לקבל מפתח במזכירות המרכז, לשימוש קבוע ניתן להשכיר לוקר בתשלום חודשי. אין להשתמש בלוקר באופן לא מוסדר ואין לנעול הלוקר במנעול פרטי שאינו רכוש מרכז מ.ט.ר.ה.
- מרכז מטרה עושה כל שביכולתו לשמור על בריכה העומדת בכל תקני הבריאות והבטיחות, עם זאת במקרה של ליקוי לא צפוי בתפעול הברכה, לא יינתן פיצוי ללקוח.
- אין לעשן בכל שטח המרכז (אלא מחוץ לשערי המרכז בלבד).
- אין לאכול כשעה וחצי לפני הפעילות בברכה.
- אין לדבר בטלפון או לשמוע הודעות /סרטונים וכיו"ב בשטח הברכה
- 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.
- לרשות המטופלים הזקוקים לסיוע להורדה למים מנוף, העומד לרשות המטופלים עד 135 ק"ג, לא נוכל לקבל מטופלים הזקוקים להנגשה זו ומשקלם מעבר למגבלת המנוף.
- מבוססי מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית: טיפול בתשלום פרטי יתאפשר רק לאחר שהושלמה תוכנית הטיפול שאושרה לי במסגרת הקופה, וידוע לי כי אני זכאי/ת לקבל עבור טיפולים אלו כל החזר או השתתפות של קופת החולים.
- מומלץ לעדכן את מזכירות המרכז אודות מעבר קופת חולים במהלך סידרת טיפולים

• **נוהל שירות נגיש:**

<u>סוג ההנגשה הנדרש</u>	במידה והינך נזקק להתאמה זו נא סמן V
תרגום לשפת הסימנים	
אפשרות ליצירת קשר עם המרכז במייל/ ווטסאפ או פקס	
מערכת עזר לשמיעה FN	
מערכת ירידה למי הברכה (מנוף) למטופלי הברכה	
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	



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: _____

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 פרטי ו/או קבוצתי.
אני מתחייב/ת לידע את המטפל/ת באופן מידי אודות כל שינוי במצבי הבריאותי .
מטופלים הסובלים מהתכווצויות נדרשים להציג אישור נירולוג עדכני המאשר קבלת טיפול בבריכה.
אם במהלך הטיפול תחוש אי נוחות, כאבים או תחושה כל לא טובה אחרת, יש לידע את המטפל/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.

אבחנות רפואיות: _____

הנחיות רפואיות: _____

האם נחבלת באזור הראש, עמוד-השדרה, צוואר: _____

האם היו התקפים אפילפסיה קודמים: _____

האם את/ה סובלת/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 סובלת/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 (תנחות, 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: _____

לא	כן		
		1. האם אושפזת בחמש השנים האחרונות?	
		2. האם עברת ניתוח אי פעם?	
		3. האם את/ה נוטל/ת תרופות באופן קבוע?	
		4. האם את/ה סובל/ת מיתר לחץ דם, סכרת, או כל מחלה אחרת?	
		5. האם דווח לך אי פעם על מחלה, מום, אוושה או רשרוש בלבך?	
		6. האם הרגשת דפיקות לב עזות או פעימות לא סדירות?	
		7. האם סבלת משבר או נקע?	
		8. האם יש לך רגישות יתר (אלרגיה) לתרופות, אבק?	
		9. האם איבדת אי פעם הכרה בחום?	
		10. האם את/ה משתמש/ת במדרסים או בתומכים?	
		11. האם התעלפת אי פעם בזמן מאמץ או לאחריו?	
		12. האם ביצעת פעילות גופנית מסודרת בעבר?	
		13. האם סבלת אי פעם מקוצר נשימה במנוחה או במאמץ?	
		14. האם קיימת בעיית גב, ברכיים, צוואר?	
		15. האם ביצעת מבחן מאמץ (ארגומטריה) לאחרונה?	
		16.	

במידה ואחת התשובות הנה "כן" נא לפרט:



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

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

_____	שם המטופל/ת:	_____	ת.ז.	_____
_____	תאריך:	_____	חתימה:	_____

() 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

ט.ל.ח.

המסמך כתוב בלשון זכר אך מיועד לשני המינים.