



מידעון ושאלון להורים למטופלי היחידה להתפתחות הילד (ריפוי בעיסוק/שפה ודיבור/טיפול רגשי על ידי עו"ס/פיזיותרפיה)

במרכז מ.ט.ר.ה ניתנים טיפולים התפתחותיים למבוטחי קופות החולים, עד גיל 9 שנים.
במרכז, יחידת התפתחות הילד, בה עובדים מטפלים מוסמכים ומוכרים על ידי משרד הבריאות בלבד.
הטיפולים במרכז ניתנים כנגד התחייבויות כספיות, במסגרת סל הבריאות.
כתובתנו: רחוב דבורה עומר חולון, בוויז : מרכז מ.ט.ר.ה חולון.

חניה: מחוץ למתחם (קיימת חניית נכים)

שעות פעילות המרכז: ימים א-ה 8:00-20:00 יום ו 13:00-9:30 פקס: 03-5590850

דרכי תקשורת עם מזכירות המרכז: ווטסאפ להודעות בלבד 0528414488 ,

קבלת קהל: ימי א-ה בין השעות 9:00-18:00, יום שישי 9:30-12:00.

מייל מזכירת התפתחות הילד נורית הוראק גרינברג, מזכירת תחום התפתחות הילד מייל: nurith@reh.co.il

על מנת ליעל את תהליך הקליטה במרכז, אנא פעלו בהתאם להנחיות הבאות:

1. העבירו מסמך זה מלא וחתום על ידכם, למזכירות המרכז למייל nurith@reh.co.il במידה וההורים אינם נשואים מתחייבת חתימת 2 הורים על הטפסים.

2. העבירו את כל המסמכים הרפואיים/התפתחותיים המצויים בידכם, אודות ילדכם:

- ❖ סיכומי אבחונים (פסיכודידקטי, פסיכולוגי, התפתחותי, נוירולוגי)
- ❖ סיכומי טיפולים שקיבל ילדכם בעבר (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, שפה ודיבור, טיפול רגשי וכד')
- ❖ דוחות רפואיים ואבחנות רפואיות (ASD, ADHD, מחלות רקע)

3. אנא ודאו מול מזכירת התחום כי המסמכים שהעברתם אכן הגיעו ליעדם.

4. לכשיגיע תורכם צוות המרכז יצור קשר לשיבוץ, קיימים תורי המתנה ונדרשת סבלנות.

אנו במ.ט.ר.ה עושים כל מאמץ על מנת ליעל את השירות ולתת מענה בזמן הקצר ביותר האפשרי.

נהלי המרכז:

- תחילת הטיפול מותנת בקבלת טופס התחייבות, לא יאוחר משבוע לפני מועד תחילת הטיפול.
- (במידה ולא הוסדר התשלום באמצעות התחייבות, יש להשאיר צ'ק פיקדון על סך הטיפולים שבוצעו. הצ'ק יגבה במידה ולא תועבר התחייבות עד סיום חודש קלנדרי.)
- נבקש להעביר התחייבויות ולהסדיר התשלום למפרע, לכל הפחות ל-5 מפגשים מראש.
- באחריות ההורים לוודא כי קיימת זכאות בסל הבריאות/בסל הטיפולים המשלימים של הילד, במידה והזכאות חסרה על ההורה לשאת בעלות הטיפול בתעריף פרטי.
- מומלץ לעדכן את מזכירות המרכז אודות מעבר קופת חולים במהלך סידרת טיפולים

• על מנת לאפשר טיפול מקצועי ורציף:

- אין אפשרות להחסיר יותר משני מפגשים בסדרת טיפול של 12 מפגשים מכל סיבה שהיא, בביטול

השלישי בסדרה, **הטיפול יופסק לאלתר!**

- בסדרה של 9 מפגשים אין להחסיר יותר מפעם אחת מכל סיבה שהיא, בביטול השני הטיפול יופסק לאלתר.

- בסדרה של פחות מ 9 מפגשים אין להחסיר כלל, הטיפול יסתיים לאחר ביטול כלשהו.

הסכמת מטופל לטיפול מרחוק:

בעת פנייתנו 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.





לשמור על צנעת הפרט והסודיות הרפואית. וחיסיון רפואי, ואף יתכנו אירועי כשל תקשורתי וניתוק השירות עושה ככל יכולתה לאבטח את המידע הנמסר על ידי. באחריותי הבלעדית, לדאוג לשמירת פרטיותי ביחס למידע הרפואי האישי, המופיע על הצג

המטפלים בשירות יעשו ככל הניתן קיימות מגבלות בשמירה על הפרטיות פתאומי ביני ובין השירות. הנהלת על ידי. באחריותי הבלעדית, לדאוג לשמירת פרטיותי ביחס למידע הרפואי האישי, המופיע על הצג הדיגיטאלי 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, / או את נתוני הזיהוי, לרבות שם משתמש וסיסמא / או כל נתון אחר, מנקודת הקצה בה השתמשתי, כדי לצמצם את האפשרות לגישה למידע אודותי / 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.** _____

למטופלים 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. מעבר לכך יחויב המטופל עבור כל ביטול, ברגע האחרון, על סכום טיפול מלא 320 ₪.
- מטופלים שלא יתמידו להגיע מסיבות שונות: המרכז שומר לעצמו את הזכות להוציאם מטיפול סדיר.
 - **יתכן ואת המפגשים שהוחסרו ניתן יהיה להשלים על בסיס מקום פנוי בתיאום עם המטפל.**
 - בטיפול קלינאי תקשורת וריפוי בעיסוק נוכל לאשר סדרת טיפולים אחת בת 12 מפגשים, במקרים חריגים, ולפי המלצה קלינית תתאפשר סדרה שניה של 12 מפגשים.
 - לאחר מיצוי זכאותכם, הנ"ל, במרכז מ.ט.ר.ה, ובמידה והנכם זכאים לטיפולים נוספים מסל הבריאות, ניתן לפנות לקופת החולים למיציא זכויות.
- **מפגש טיפולי ראשון יוקדש לאינטימיק הורים** עם המטפל. מטרת האינטימיק היא להכיר את המשפחה, לקבל אינפורמציה עדכנית על הילד, לערוך תיאום ציפיות ולבנות תכנית טיפול מותאמת לילד ולמשפחתו.
- משך כל טיפול 45 דקות, יש להגיע בזמן (לא ניתן להאריך את הפגישה מעבר לזמן הקבוע).
- נא להמתין לשעת הטיפול בלובי, יש לשמור על שקט על מנת לא להפריע לטיפולים המתבצעים במתחם.
- אין להיכנס לחדרי הטיפול ללא מטפל.
- אין להוציא ציוד כלשהו מחדרי הטיפול.
- אין לעזוב את הילד במתחם ללא השגחה. במידה והילד נמצא בחדר הטיפול ללא ליווי ההורים – על ההורים להמתין בתוך מתחם מרכז מ.ט.ר.ה.
- מרכז מ.ט.ר.ה מחויב לסטנדרטים אתיים ומתחייב לשמור על חשאיות רפואית.
- מרכז מטרה הינו ספק של קופות החולים, במידה וקופת החולים תדרוש העברת מידע מכל סוג אודות מבוטח שלה, מרכז מ.ט.ר.ה מחויב להעביר החומר אשר ברשותו.
- למטופלי קופות החולים, נעדכן כי לצורך קבלת טיפול מיטבי ומועיל, עליכם לוודא מבעוד מועד ולפני תחילת הטיפול כי זכאותכם תעמוד למשך הטיפול כולו. מומלץ להתעדכן מול קופת החולים אודות טיפולים נוספים אותם אתם מקבלים, הנגרעים מסל טיפולי התפתחות הילד ומסל הטיפולים המשלימים. כמו כן נדרשת נכונותכם להמשיך הטיפול, במידה וזו ההמלצה הטיפולית, גם במקרה בו מסתיימת זכאותכם מקופת החולים.
- מרכז מ.ט.ר.ה הינו מרכז ציבורי רב מקצועי. במרכז מתקיימים באופן תדיר דיוני צוותים והדרכות מקצועיות אודות מטופלים.



את הזכות למנוע כניסתו של אדם ו/או להפסיק פעילותו שבהתנהגות או במחדל פעל בניגוד לחוק, לתקנות עצמו ו/או אחרים ו/או שגרם להטרדה ו/או נזק. היה

• החברה לבידור ובילוי שומרת לעצמה במרכז, ללא החזר כספי, במידה ולנהלים או שבהתנהגותו הוא מסכן והנזק יגרם בזדון, יחויב האדם במלוא עלות תיקון הנזק.

• מרכז מטרה הינו "מרכז ירוק" התומך באיכות הסביבה, נבקש את שיתוף הפעולה שלך בהבאת בקבוק/כוס מים רב פעמית בהגעתך למרכז.

• **נוהל שירות נגיש:**

סוג ההנגשה הנדרש	סמן V במידה והנך נזקק להתאמה זו
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	
תלמיד הורה עם מוגבלות שמיעה שאינם משתמשים במכשיר שמיעה	
תלמיד /הורה הזקוק למתורגמן לשפת סימנים	
תלמיד/הורה הזקוק לחומר הדרכה כתוב	
תלמיד /הורה הזקוק לחומר הדרכה עם פישוט לשוני	
תלמיד הורה הזקוק לחומר ההדרכה בכתב ברייל	

חובה לצרף צילום תעודת זהות וספח עם שם הילד וסטטוס הורים (נשוי/רווק/גרש/אלמן)

קראתי והבנתי את האמור לעיל, ומתחייב לפעול לפיו:

במידה וההורים אינם נשואים על שני ההורים לחתום על אישורם והסכמתם לנהלי המרכז.

שם הורה 1: _____	שם הורה 2: _____
ת. זהות: _____	ת. זהות: _____
חתימה: _____	חתימה: _____
תאריך: _____	תאריך: _____

תאריך פנייה: _____

שאלון הפניית ילד לטיפול במ.ט.ר.ה

שם משפחה:	שם פרטי:	כתובת:	קופ"ח:
ת.ז:	מין: זכר/ נקבה	ת.ל: ארץ לידה:	מסגרת חינוכית:
שם האם:	ארץ לידה:	נייד: טל:	עיסוק:



שם האב:	ארץ לידה:	נייד: טל:	עיסוק:
מצב משפחתי של ההורים: חובה לעדכן במקרה של הורים גרושים/פרודים		מייל:	

סיבת הפניה:

גורם מפנה לטיפול: מורה/ גננת/ רופא/ הורה/ אחר: _____
 הטיפול המבוקש (הקף בעיגול):

	פיזיותרפיה	ריפוי בעיסוק	ריפוי בדיבור	עובדת סוציאלית
--	------------	--------------	--------------	----------------

שחייה טיפולית	אחר, פרט:	ספורט טיפולי	טיפול רגשי בהבעה ויצירה/בעלי חיים
---------------	-----------	--------------	--------------------------------------

האם מקבל (עבר / הווה) טיפולים נוספים פרט:

האם נעשו אבחונים פרט וצרף מסמכים: _____
 בעיות בריאותיות / התפתחותיות בעבר או בהווה לאחד מבני הבית (כגון: קשיי קשב/ ליקוי למידה / בעיות בריאות):

מידע התפתחותי על הילד/ה:

תחום ההתפתחות	כן/לא	הערות - פירוט
האם מהלך ההיריון היה תקין?		
האם מהלך הלידה היה תקין? (שבוע לידה? משקל?)		
האם קיימות בעיות בריאות?		
האם מקבלת/ת תרופות באופן קבוע?		
האם נערכה בדיקת שמיעה/ראיה ע"י רופא? נא לצרף טופס עם תוצאות הבדיקה		
האם לדעתכם התפתחותו המוטורית של ילדכם הייתה על פי המצופה? (זחילה/ הליכה/ ריצה)		
האם לילדכם קושי בפעילות כגון: ציור / כתיבה / גזירה?		
האם ילדכם עצמאי כפי הנדרש מבני גילו?		
האם ילדכם מבין הוראות/ שאלות / סיפורים?		
תחום ההתפתחות	כן/לא	הערות - פירוט
האם ילדכם מצליח לבטא את עצמו? (אוצר מילים תקין/ מובנות בדיבור)		



		האם לילדכם יכולת התמדה בפעילות? (מוסח בזמן פעילות?)
		האם ילדכם בטוח בעצמו? חרד/ מופנם/ ביישן
		האם לילדכם שינויים קיצוניים במצב רוח?
		האם ילדכם מסתגל למצבים חדשים?
		האם יש לילדכם התפרצויות זעם?
		האם עולים קשיים במערכת החינוך?
		האם קיימים קשיים חברתיים עם בני גילו/ה?
		האם היו אירועים חריגים, טראומטיים או מעוררי חרדה אשר ייתכן והשפיעו על תפקודו של ילדכם?

האם יש מידע נוסף שברצונכם לציין?

אישור הסכמה לטיפול במרכז מ.ט.ר.ה:

הריני לאשר כי בני/ ביתי _____ ת.ז. _____ יטופל במרכז מ.ט.ר.ה.

שם הורה 1: _____ שם הורה 2: _____

חתימת הורה 1: _____ חתימת הורה 2: _____

• במקרים של הורים גרושים/ פרודים יש חובת חתימה של שני ההורים בפני מזכירת מ.ט.ר.ה.

אישור הצהרת בריאות

הריני לאשר כי לבני / לביתי _____ אין / יש בעיות בריאות במידה ויש פרט וצרף אישור רפואי:

שם הורה 1: _____ שם הורה 2: _____

חתימת הורה 1: _____ חתימת הורה 2: _____

אישור ויתור סודיות

הריני לאשר למטפל / לבא כוח מרכז מטרה, ליצור קשר עם גורם חינוכי /טיפול /התפתחותי לצורך קבלת/ נתינת מידע.

שם הורה 1: _____ שם הורה 2: _____

חתימת הורה 1: _____ חתימת הורה 2: _____

ט.ל.ח. מסמך זה כתוב בלשון זכר אך מתייחס לשני המינים.