



נוהל טיפולי וואטסו / אקווה סטרץ מבוגרים במרכז מ.ט.ר.ה

ברוכים הבאים למרכז מ.ט.ר.ה .

וואטסו הוא טיפול במים שמטרתו לפנק, להרגיע ולהפחית כאבים. הטיפולים מתקיימים בבריכה טיפולית מחוממת ומפנקת . הטיפול יעיל במקרים של: הפחתת לחצים, דלקות פרקים, בעיות אורתופדיות, פיברומיאלגיה, הפרעות שינה, וכד'. הטיפול מתאים לכולם ואין צורך לדעת לשחות

מיועדים למטופלים מגיל 18 שנים ומעלה.

הטיפולים יועברו על ידי הידרותרפיסטים מוסמכים לטיפולי וואטסו

אורך כל טיפול 30 דקות/45 דקות, בהתאם להחלטת הלקוח.ה.. הטיפולים יתקיימו במועד שתואם במזכירות המרכז.

כתובתנו: רחוב דבורה עומר 14 חולון, ליד בית הספר הרצפלד.

חניה: מחוץ למתחם (קיימת חניית נכים)

דרכי התקשרות נוספות עם מזכירות המרכז: ווטסאפ להודעות בלבד: 052-8414488
לתושבי חולון בהצגת כתובת בחולון, תינתן הנחה בשיעור 10% ממחיר מלא.

ביטולים ע"פ חוק הגנת הצרכן.

היעדרויות:

במקרה של אי הגעה למפגש, ללא הודעה מוקדמת, עד השעה 18:00 בערב לפני המפגש: **תחויב/י בתשלום** הטיפול המלא.

לצורך קביעת תור יש להסדיר תשלום מראש במזכירות המרכז, הטיפול אינו כלול בהסדר עם קופת החולים .

מסמכים נדרשים:

1. חתימה על נוהל זה
2. מסמך מרופא המעיד כי אין מניעה לפעילות במים/חתימה על הצהרת בריאות.
3. נשים בהריון נדרשות להעביר אישור רופא נשים מטפל כי אין מניעה לטיפול במים.

כללי התנהגות במרכז מ.ט.ר.ה:

1. למען הצלחת הטיפול יש להיכנס לשטח הבריכה במועד הטיפול המדויק במידה והקדמתם להגיע, ניתן להמתין למועד הטיפול באזורי ההמתנה המיועדים לכך.
2. כניסת אחים או מלווים נוספים לשטח הבריכה אסורה.
3. יש להישמע להוראות צוות המרכז .
4. למען בטיחותכם ובטיחות ילדכם יש להיכנס לבריכה בליווי מטפל אישי בלבד. אין לשכשך רגליים ו/או לשבת על המדרגות בכניסה לבריכה ו/או לגעת במים הבריכה שלא בליווי מטפל צמוד, גם במידה ושעת הטיפול מתעכבת.
5. אביזרי הבריכה והמשחקים סביב הבריכה מיועדים לטיפול בלבד, אין לעשות שימוש באביזרי הבריכה שלא במסגרת הטיפול.
6. אין לאכול, לשתות או לשוחח בטלפון בשטח הבריכה;
7. לבעלי שיער ארוך חבישת כובע ים חובה;



8. יש להישמע להוראות מפעיל הבריכה והמציל בשטח.
9. אין לאכול לפחות שעתיים לפני המפגש, הלחץ ההידרוסטטי במים החמים עלול לגרות את מערכת העיכול.
10. המרכז שומר לעצמו את האפשרות לשנות מועד המפגש, וכד' בהתאם לנסיבות.
11. מרכז מ.ט.ר.ה עושה כל שביכולתו לשמור על בריכה העומדת בכל תקני הבריאות והבטיחות, עם זאת במקרה של ליקוי לא צפוי בתפעול הבריכה, לא יינתן פיצוי ללקוח.
12. שטח המרכז הינו מקום טיפולי, יש להמתין בפניות ההמתנה הייעודיות בלבד, אין להימצא בשטח החניה / המדשאות / גן השעשועים.
13. אין לצלם במתחם הבריכה.
14. **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.
- באחריות המטופל לידע את מרכז מטרה על כל שינוי במצבו הבריאותי.
 - החברה לבידור ובילוי שומרת לעצמה את הזכות למנוע כניסתו של אדם ו/או להפסיק פעילותו במרכז, ללא החזר כספי, במידה שבהתנהגותו 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.
 - מרכז מטרה הינו "מרכז ירוק" התומך באיכות הסביבה, נבקש את שיתוף הפעולה שלך בהבאת בקבוק/כוס מים רב פעמית בהגעתך למרכז.

תאריך: _____

הצהרת בריאות למרכז מ.ט.ר.ה

פרטים אישיים של המטופל:

שם פרטי: _____ משפחה: _____ גיל: _____

ת ז: _____ תאריך לידה: _____

חלק א': שאלון רפואי

אנא קרא בעיון וסמן במקום המתאים

לא	כן	
		האם ידוע לך כי אתה סובל ממחלת לב?
		האם אתה חש כאבים בחזה בזמן מנוחה ?
		האם אתה חש כאבים בחזה במהלך פעילות שגרה ביום יום?
		האם במהלך השנה האחרונה איבדת שיווי משקל עקב סחרחורת?
		האם במהלך השנה האחרונה איבדת את נשימתך?
		האם הרופא אבחן שאתה סובל ממחלת האסטמה ולכן בשלושת החודשים האחרונים נזקקת לטיפול רפואי?
		האם במהלך השנה האחרונה סבלת מקוצר נשימה ?
		האם אחד מבני משפחתך, מדרגה ראשונה, נפטר ממחלת לב?



לא	כן	
		האם במהלך השנה האחרונה איבדת את הכרתך?
		האם אחד מבני משפחתך, מדרגה ראשונה, נפטר באופן פתאומי בגיל צעיר (גבר מתחת 55 אישה מתחת 65 שנה)?
		האם הרופא שלך אמר לך ב- 5 השנים האחרונות לבצע פעילות גופנית רק תחת השגחה רפואית
		האם הנך סובל ממחלה קבועה (כרונית), שאינה נזכרת בשאלות לעיל ועשויה למנוע או להגביל אותך מביצוע פעילות גופנית
		האם אתה סובל או סבלת בעבר מהתכווצויות/אפילפסיה?
		האם אתה סובל מביעה רפואית כלשהי כרונית/אקוטית שעשויה להפריע לך בעת קיום פעילות ספורטיבית?
		האם את בהריון?

חלק ב': הנחיות

אם סימנת כן באחת מהשאלות שבחלק א' לטופס זה, לצורך קבלתך לפעילות עלייך להמציא גם תעודה רפואית מרופא המאשר כי אין סיכון לבריאותך בפעילות.

נקבל תעודה רפואית שלא עברו 3 חודשים ממועד הנפקתה

בכל מקרה של שינוי במצבך הרפואי, יש להתייעץ עם רופא לגבי המשך פעילות ולעדכן את מרכז מ.ט.ר.ה.

חלק ג': הצהרה

אני, החתום מטה, מצהיר כי קראתי והבנתי את כל השאלון הרפואי שבחלק א' לטופס זה ומילאתי אותו בעצמי; אני מצהיר כי מסרתי ידיעות מלאות ונכונות אודות מצבי הרפואי בעבר ובהווה לפי השאלות שנשאלתי בשאלון האמור.

ידוע לי כי לאחר שנתיים מיום חתימתי על הצהרת בריאות זו, אדרש להמציא הצהרת בריאות חדשה

.

חתימת המטופל _____

- נוהל שירות נגיש, במידה והינך נזקק להנגשה כלשהי נא לפנות למזכירות מטרה בוואטסאפ 0528414488:

<u>סוג ההנגשה הנדרש</u>	<u>כמות המשתתפים הנדרשים להתאמה זו</u>
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	



אישור קבלת הודעות ועדכונים ממרכז מ.ט.ר.ה

הריני מאשר/ת בחתימתי ל"חברה לבידור ובילוי (חולון)" בע"מ לשלוח אלי דברי פרסומת ו / או מידע בנוגע לפעילות החברה, באמצעות הפקס ו/ או מייל ו/ או מסרון ו / או מערכת חיוג אוטומטית ו / או הודעה אלקטרונית

בהתאם לפרטים שציינתי בטופס הרישום.

הריני מאשר/ת ומסכימ/ה כי מספר הטלפון הנייד שלי ישמש את המרכז לשליחת הודעות ועדכונים במסגרת קבוצת ווטסאפ ייעודית שתפתח לקורס/ חוג בו אני או מי מטעמי משתתפ/ת.

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

שם המשתתף בחוג (אם שונה מהנ"ל) _____

\

תאריך: _____ חתימה: _____

קראתי והבנתי את הכתוב במסמך זה.

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

הנני מצהיר בזאת כי, למיטב ידיעתי אין לי בעיות בריאותיות המונעות השתתפותו בחוג וכי אודיע למרכז מטרה על כל שינוי במצבי הבריאותי.

חתימת המטופל: _____

מייל ליצירת קשר ולשליחת דואר פרסומי: _____

קראתי והבנתי את הכתוב במסמך זה.

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

חתימת המטופל: _____

() איני מאשר מייל שליחת דואר פרסומי: _____
הכתוב במסמך בלשון זכר מתייחס לשני המינים. ט.ל.ח.