



נהלי קליניקה שיקומית למבוגרים

טיפול הקליניקה מיועדים לשימור עצמאות, הקלה בכאבים, שיפור טווחי תנועה, מניעת פציעות ועוד, הטיפולים יתקיימו בגישה מקצועית וקשובה לצרכים הייחודיים של כל מטופל.

תאריך מילוי הטופס: _____

פרטים אישיים של המטופל :

שם פרטי: _____ משפחה: _____ גיל: _____

ת ז: _____ תאריך לידה: _____

כתובתנו: רחוב דבורה עומר 14 חולון. חניה: מחוץ למתחם (קיימת חניית נכים)

שעות פעילות המזכירות: ימים א-ה 8:00-18:00 ו יום ו 9:30-13:00

דרכי תקשורת עם מזכירות המרכז:

וואטסאפ להודעות בלבד 0528414488, פקס: 03-5590850, מייל sharonaa@reh.co.il

- המפגשים מתקיימים בתיאום מראש במזכירות מטרה. משך כל מפגש פרטי 45 דקות.
- יש להסדיר התשלום מבעוד מועד ולפני הכניסה לחדר הטיפולים.
- על מנת לאפשר תהליך טיפול חיוני, יש צורך בהתמדה ובהגעה סדירה למפגשים.
- מטופל יוכל להשתתף בטיפול ניסיון אחד בלבד.
- **ביטול טיפול:** יש להודיע על ביטול תור מבעוד מועד ולא יאוחר מ 18:00 בערב לפני מועד הטיפול, למטפל. ת ולוואטסאפ מ.ט.ר.ה שמספרו 0528414488

עבור ביטול מהשעה 18:00 בערב לפני הטיפול ועד מועד הטיפול שהתבטל, יגבה תעריף טיפול מלא.

- המרכז רשאי לסגור הקליניקה עפ"י שיקול דעתו ו/או בשל מיעוט משתתפים. במקרה כזה ינתן החזר כספי עבור טיפולים שלא בוצעו.
- משתתף שלא יכבד את התחייבויותיו הכספיות למרכז, חברותו ופעילותו תופסקנה לאלתר והוא יחויב לשלם את חובותיו במלואם.
- ביטולים יבוצעו בכפוף להוראות החוק ותקנותיו.
- הנחות:
- ההנחות תחושבנה ממחיר המחירון המעודכן והמלא של הטיפול כפי שנקבע על ידי החברה.
- החברה מעניקה הנחות לתושבי חולון בהצגת מסמך מגבה.
- הנחה סוציאלית: לקוח רשאי להגיש בקשה להנחה סוציאלית (באמצעות טפסים מתאימים ובצירוף מסמכים הנדרשים להוכחת הזכאות). הבקשה תיבחן עפ"י התבחינים שקבעה החברה.
- לא ניתן לצבור הנחות ואין כפל הנחות! במקרה של זכאות ליותר מהנחה אחת תוענק ההנחה הגבוהה מבין ההנחות והיא תחושב ממחיר המחירון המלא.
- 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.



- אישור קבלת הודעות ועדכונים ממרכז מ.ט.ר.ה:
הריני מאשר/ת בחתימתי על נוהל זה 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
- נוהל שירות נגיש:

סוג ההנגשה הנדרש	סמן V במידה והנך נדרש 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	

• הצהרת בריאות למרכז מ.ט.ר.ה

פרטים אישיים של המתאמן ומלווה במידת הצורך :

שם פרטי: _____ משפחה: _____ גיל: _____

מלווה של: _____ ת ז: _____ תאריך לידה: _____

חלק א': שאלון רפואי , אנא קרא בעיון וסמן במקום המתאים

כן	לא	
		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?



לא	כן	
		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?
		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 המתאמן _____



- נוהל שירות נגיש:

סוג ההנגשה הנדרש	כמות המשתתפים הנדרשים 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	

קראתי הבנתי ואני מאשר בחתימתי את הכתוב במסמך זה.

שם מלא של המטופל: _____ ת.ז. _____ חתימה: _____

הכתוב במסמך בלשון זכר מתייחס לשני המינים. ט.ל.ח.