



נוהל קבוצות מבוגרים בבריכת מרכז מ.ט.ר.ה

- במרכז מ.ט.ר.ה מתקיימות מגוון פעילויות קבוצתיות במים בהדרכת מטפלים ומדריכים מוסמכים.
- הפעילות בבריכה טיפולית מחוממת ומקורה בכל ימות השנה, במים בעומק 0.80-1.20 מטר, ומתאימה גם למי שאינו שוחה (למעט קבוצות ספציפיות בהן הוגדר אחרת).
- הקבוצות יתקיימו בקבוצות קטנות המבטיחות יחס אישי לכל מטופל.
- כלל הקבוצות מיועדות לנשים וגברים כאחד, למעט קבוצות בהן הוגדר אחרת.
- הפעילויות מתקיימות בימים ובשעות קבועים.
- לפני ההשתלבות בקבוצה ייערך מפגש מקדים עם פיזיותרפיסט/מטפל מ.ט.ר.ה.
- במקביל לפעילות הקבוצתית יתקיימו פעילויות נוספות במתחם הבריכה.

• סוגי הקבוצות במרכז:

קבוצות טיפוליות: משך הקבוצות 30 דקות.

קבוצת גב וגפה תחתונה - מיועדת לסובלים מכאבי גב מכל סיבה שהיא: לאחר ניתוחי גב למיניהם, עקמת, כאבי גב, פריצות דיסק, בלט וכן לסובלים מהקרנות כאב, קושי בטווחי תנועה, במפרקי ירך ברך או קרסול, לאחר/ לפני החלפות מפרקים בגפיים התחתונות.

מטרת הקבוצה הינה הפחתת כאבים הגדלת טווחי תנועה ושימור תפקוד בחיי היום יום.

קבוצות התעמלות במים: משך הקבוצות 45 דקות.

הפעלה כללית – התעמלות בריאותית במים. מטרת הקבוצה לשפר את הכושר הגופני גם למתקשים לבצע פעילות גופנית ביבשה.

פילאטיס במים/התעמלות בריאותית - מתאים לחיזוק כל קבוצות השרירים בגוף, איזון והגמשת השרירים ובמיוחד שרירי הליבה, תורם לפיתוח גמישות, יציבה ושיווי המשקל. מיועד לאנשים המחפשים שיטת אימון שמבטיחה מינימום פציעות ומקסימום בריאות.

התעמלות מגדרית מופרדת - פעילות במים לנשים בלבד: הפעלה כללית, תנועתיות במים, מתיחות, חיזוק שרירים ועוד. הקבוצה מיועדת לנשים החל מגיל 16 שנים.

• מסמכים נדרשים להרשמה:

- חתימה על נוהל זה.

- צילום תעודת זהות וספח.

- **הנחות לתושבי חולון, אזרחים ותיקים ובעלי נכויות מביטוח לאומי מעל 50 %**, יינתנו בכפוף להצגת תעודות מתאימות, הנחות יינתנו לנרשמים מראש ל-6 חודשים, בלבד.

תשלום:

- יש להסדיר התשלום מראש בלינק שיועבר אליכם ממזכירות מ.ט.ר.ה בתחילת החודש.
- לא יינתן החזר בעבור היעדרויות משיעורים מכל סיבה שהיא.

[הקלד טקסט]





- **הקפאת מנוי:**
מסיבות בריאותיות, בהן מומצא אישור רפואי למשך 3 שבועות לפחות, בו ייכתב כי **המטופל מנוע מפעילות בברכה מסיבות רפואיות**.
ניתן להקפיא המנוי חד פעמי לחודש קלנדרי בלבד בתקופת המנוי, בתנאי שלא סומנה הוגעה לאף טיפול במהלך אותו חודש.
- **חובות המתרחצים:**
 - בריכת מ.ט.ר.ה הינה בריכה טיפולית ואינה מיועדת לרחצה, השימוש בבריכה מותר בזמן הטיפול/הקבוצה 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 יוצא 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 הבריכה אסורה.
 - יש להישמע להוראות צוות המרכז.
 - 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.
 - אביזרי הבריכה והמשחקים סביב הבריכה מיועדים לטיפול בלבד, אין לעשות שימוש באביזרי הבריכה שלא במסגרת הטיפול.
 - באחריות המטופל להודיע על כל שינוי במצבו הרפואי במידי, למזכירות המרכז.
 - יש להישמע להוראות צוות מ.ט.ר.ה במקום.
 - אין להיכנס לבריכה שלא בשעות המיועדות לקבוצות. אין להיכנס לבריכה בהעדר מצייל.
 - אין לדבר בטלפון או לשמוע הודעות/סרטונים וכיו"ב בשטח הבריכה
 - בעלי שיער ארוך מחויבים בכובע ים.
 - בעת ליקוי כלשהו במים לא תתאפשר הכניסה לבריכה.
 - לא יינתן זיכוי כלשהו עבור הגעה במצב בו לא מתאפשרת כניסה למים.
 - אין מרכז מ.ט.ר.ה אחראי על שמירת חפצי המטופלים במהלך השהייה במרכז.
 - **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.
 - **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.
 - לרשות המטופלים הזקוקים לסיוע להורדה למים מנוף, העומד לרשות המטופלים עד 135 ק"ג, לא נוכל לקבל מטופלים הזקוקים למנוף ומשקלם מעבר למגבלת המנוף.
 - במקרה בו יגרם "ליקוי במים" יועבר המטופל לקצה ל"ז הבריכה. במקרה של של חשד לגרימת "ליקויים" חוזרים בבריכה (עקב הפרשות גוף), על ידי המשתתף בפעילות, באופן הפוגע ביתר המשתתפים, המרכז שומר לעצמו את הזכות לסיים הפעילות למשתתף זה.

[הקלד טקסט]





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

• **דרכי תקשורת עם מרכז מטרה:**

במייל: sharonaa@reh.co.il

ווטסאפ להודעות בלבד **0528414488** פקס: 03-5590850

נוהל שירות נגיש:

<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	

תאריך: _____

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

[הקלד טקסט]



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 אתה חש כאבים בחזה בזמן שאתה מבצע פעילות גופנית ?
		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?
		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

[הקלד טקסט]



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 _____

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: _____

תאריך: _____ חתימה: _____

- החברה לבידור ובילוי שומרת לעצמה את הזכות למנוע כניסתו של אדם ו/או להפסיק פעילותו במרכז, ללא חזר 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.

בחתימתי זו אני מצהיר כי קראתי והבנתי את הנוהל, ואני מתחייב לנהוג לפיו:

שם המטופל: _____ ת.ז. מטופל: _____

חתימה: _____ תאריך: _____

- ביטול ההרשמה על פי חוק הגנת הצרכן.

ט.ל.ח., המסמך מנוסח בלשון זכר אך מתייחס לשני המינים

[הקלד טקסט]

