



## נהלי טיפול מבוגר במרכז מ.ט.ר.ה.

מרכז מ.ט.ר.ה הינו מרכז טיפולי רב תחומי הידרותרפי, המספק שירותים לכלל קופות החולים ולמטופלים פרטיים. התהליך הטיפולי במרכז מ.ט.ר.ה כולל מפגשי אבחון והערכה, ומפגשים טיפוליים. המפגש הטיפולי מתקיים אחת לשבוע **ביום ובשעה קבועים** למשך 30 (45 דקות-במקרים מסוימים ובתיאום מראש). על מנת לאפשר תהליך טיפול חיוני, יש צורך **בהתמדה ובהגעה סדירה לטיפול ולהימנע מביטולי טיפולים.**

**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 או תשלום בכל אמצעי אחר, הפניות רפואיות, אישור רפואי: אין מניעה להיכנס למים, שאלון מבוגר הניתן להורדה מאתר מטרה באינטרנט [www.tipuli-holon.co.il](http://www.tipuli-holon.co.il), וכל מסמך רלוונטי אחר).
- **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.**

### למבוטחי קופות החולים:

- במהלך הסדרה שניתנה לך תוכל להעדר מכל סיבה שהיא פעם אחת בלבד, לאחר הודעה על ביטול שני בסדרה, הסדרה תסתיים באופן מידוי. יתכן ותוכל להשלים את יתרת המפגשים בתיאום מראש על בסיס מקום פנוי. איננו מתחייבים שתוכל להשלים את מכסת הביטולים במידה ולא תגיע באופן רציף לסדרת הטיפולים שנקבעה לך.

### למטופלים פרטיים:

**במקרה של אי הגעה לטיפול, ללא הודעה מוקדמת עד השעה 18:00 בערב לפני הטיפול: תחויבי בתשלום של 60 ₪ עבור 2 ביטולים ראשונים. מעבר לכך יחויב המטופל עבור כל ביטול, ברגע האחרון, על סכום טיפול מלא 150 ₪.** מטופלים שלא יתמידו להגיע מסיבות שונות: המרכז שומר לעצמו את הזכות להוציאם מטיפול סדיר.

נוהל ביטול טיפול:

1. יש להודיע על ביטול טיפול עד השעה 18:00 בערב הקודם לטיפול.
2. הודעה בדבר היעדרות מטיפול ניתן לשלוח למייל [sharonaa@reh.co.il](mailto:sharonaa@reh.co.il), לעמוד מ.ט.ר.ה בפיסבוק או לאתר האינטרנט שלנו: [www.tipuli-holon.co.il](http://www.tipuli-holon.co.il) (צור קשר) בנוסף, נא להודיע למטפל ישירות.
3. במקרה של חוסר הקפדה על נוהל היעדרויות, הטיפול במרכז יופסק לאלתר.





- כל שטח המרכז הינו שטח המשמש לטיפולים שונים . הלקוחות מבקשים להמתין בפינות ההמתנה המיועדות לכך ולא להסתובב בשטח הבריכה, במדשאות ובחצרות.
- הכניסה לבריכה לבעלי שיער ארוך , עם כובע ים בלבד.
- אין לעשן בכל שטח המרכז (כולל השטח החיצוני, עד שער היציאה מהמרכז).
- לא מומלץ לאכול כשעה לפני הפעילות בבריכה.
- על המטופל/ת לקיים תקשורת מכבדת עם כל צוות המרכז, אחרת לא ניתן יהיה לקיים טיפול מתאים.
- המקום מאובטח על ידי מצלמות אבטחה לשם ביטחונכם האישי.
- למטופלי פיזיותרפיה מבוגרים בלבד: הטיפולים אינם במסגרת הסדר עם קופת החולים אלא במסגרת פרטית.

• **נוהל שירות נגיש:**

<u>כמות המשתתפים הנדרשים להתאמה זו</u>	<u>סוג ההנגשה הנדרש</u>
	תרגום לשפת הסימנים
	אפשרות ליצירת קשר עם המרכז במייל/ ווטסאפ או פקס
	מערכת עזר לשמיעה FN
	מערכת ירידה למי הבריכה (מנוף) למטופלי הבריכה
	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

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

שם המטופל/ת: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_





**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: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

טלפון בעבודה: \_\_\_\_\_ מצב משפחתי: \_\_\_\_\_

רופא מפנה: \_\_\_\_\_

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 פרטני ו/או קבוצתי.  
אני מתחייב/ת לידע את המטפל/ת באופן מיידי אודות כל שינוי במצבי הבריאותי.  
אם במהלך הטיפול אחוש אי נוחות, כאבים או תחושה כל לא טובה אחרת, איידע את המטפל/ת.  
אני מודע/ת לכך שההמלצות הניתנות לי אינן מחליפות היוועצות עם רופא, וכי אין בכוונתי להפסיק טיפול תרופתי כלשהו ללא היוועצות 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.  
עלי להודיע על כל אי הופעה לטיפול עד השעה 18:00 בערב שלפני הטיפול למטפל ולמזכירות מרכז מטרה בדרכים שפורטו מעלה.  
ידוע לי כי אי הקפדה על כללי מרכז מטרה יבואו לסיום הטיפול הסדיר במרכז.

שם + שם משפחה: \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

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/ת (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: \_\_\_\_\_





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

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, אסורים ועלולים 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.

חתימה

ת.ז.

שם + שם משפחה +

## נא לצרף סיכומי טיפול/ אבחונים מעודכנים

( ) אני לא מעוניין בקבלת דואר פרסומי ממרכז מ.ט.ר.ה.

את השאלון יש להחזיר ל שרונה אלן אחראית תחום הידרותרפיה [sharonaa@reh.co.il](mailto:sharonaa@reh.co.il)

