



## נהלי טיפול הידרותרפיה במרכז מ.ט.ר.ה

- יש להסדיר התשלום בתחילת כל חודש, עבור החודש כולו. לא ניתן לשלם עבור פגישה בודדת.
- תיאום הפגישה יתבצע רק לאחר הסדרת התשלום והגשת כל הניירת הדרושה: (טופס 17, הפניות, אישור: אין מניעה להיכנס למים, שאלון מבוגר וכו').
- באחריות המטופל לדאוג לתשלום/ או להבאת התחייבויות **תקפות** מקופת החולים בתחילת כל חודש (**עד ה-5 לחודש**) בעבור הטיפולים המתקיימים באותו החודש. **אי תשלום במועד יגרום להפסקת הטיפול.**
- יש להודיע על ביטול טיפול עד השעה 18:00 בערב הקודם לטיפול, אחרת תחויבו בקנס על סך 50 שקלים. עקביות ורצף הגעה לטיפול הינם תנאים הכרחיים להצלחת הטיפול.
- לאור זאת, במקרה של היעדרות מעל **2 טיפולים בסדרה**, 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).
- אין לאכול כשעה לפני הפעילות בבריכה.
- על המטופל לקיים תקשורת מכבדת עם כל צוות המרכז, אחרת לא ניתן יהיה לקיים טיפול מתאים.
- המקום מאובטח על ידי מצלמות אבטחה לשם ביטחונכם האישי.



**למטופלים מבוטחי "כללית מושלם" המטופלים על יד פיזיותרפיסט:**

מכסת הזכאות השנתית לטיפול הידרותרפיה פרטניים בבריכת מ.ט.ר.ה, עומדת על עד 24 טיפולים .

במקרה של היעדרות מעל **3 טיפולים בסדרה** , נאלץ להפסיק הטיפול במרכז לאלתר.

מכסת הטיפולים תקבע על ידי המטפל.

לאחר תום מכסת הטיפולים יעמדו לרשותכם מגוון קבוצות טיפוליות להמשך הטיפול.

- למטופלי פיזיותרפיה מבוגרים בלבד: הטיפולים אינם במסגרת הסדר עם קופת החולים אלא במסגרת פרטית.

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

שם המטופל: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

אבחנות רפואיות : \_\_\_\_\_

---

---

הנחיות רפואיות: \_\_\_\_\_

---

---

האם נחבלת באזור הראש, עמוד-השדרה, צוואר: \_\_\_\_\_

האם היו התקפים קודמים: \_\_\_\_\_

האם את/ה סובלת/ת 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 אתה סובל מכאב ראש: מתי ובאיזו תכיפות: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ הבעיה הנוכחית:

\_\_\_\_\_ תיאור הכאב:

\_\_\_\_\_ מתי וכיצד הכאב מתחיל:

\_\_\_\_\_ האם אתה/יודעת/מה גרם לו להתחיל:

\_\_\_\_\_ ההתקף הוא פתאומי או איטי:

\_\_\_\_\_ איך אתה/ישן/ה (תנוחות, 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 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 משפחה +

**נא לצרף סיכומי טיפול אבחונים מעודכנים**

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

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





דובנוב 14 חולון, טלפון: 03-5569693 פקס: 03-5590850 [www.tipuli-holon.co.il](http://www.tipuli-holon.co.il)