

ברוכים הבאים ל"מרכז חוויות"

אנא קיראו את החוברת המצורפת על "מרכז חוויות" והיכנסו לאתר: www.havayot-center.co.il (רצוי לפני קריאת דפים אלו ומילוי הטפסים).
כמו כן הנכם מוזמנים לצפות בסרט על "מרכז חוויות" <http://www.youtube.com/havayot>

אנא קראו בעיון את כל החומר והטפסים טרם מילואם, לאחר מכן מלאו את המסמכים הבאים באופן מלא והחזירו אלינו:

◀ **שאלון - אנמנזה**

◀ **טופס תיאום ציפיות לסיוע טיפולי בעזרת בעלי חיים (A.A.T)**

◀ **טופס תאום ציפיות לטיפול בעזרת סוסים (H.A.T)**

◀ **טופס תיאום ציפיות לאיגלה (E.A.G.A.L.A) טיפולי**

◀ **טופס ביטוח ונהלי החווה - אנא חיתמו עליו!**

◀ **טופס התחייבות לתשלומים - אנא חיתמו עליו!**

◀ **טופס ויתור סודיות - אנא חיתמו עליו!**

זמן המתנה מקבלת הטפסים חזרה לידינו ועד לתחילת תהליך טיפולי- עד 6 שבועות.

טפסים אשר לא יגיעו מלאים וחתומים עם אבחונים וסיכומים - יוחזרו, והדבר יעכב את התהליך כולו.

להלן הסברים אודות ההכרות הראשונית והתהליך הטיפולי:

תהליך הקליטה

נא מלאו את השאלון המופיע בהמשך באופן מלא ובכתב קריא. אנא צרפו את האבחונים שברשותכם לטופס זה. בעזרת מידע זה יבנה פרופיל-נרטיב ראשוני.

אנו ממליצים על ארבעה מפגשי הכרות והתאמה עם ד"ר יוני יהודה, לצורך הצבת יעדים והכרות עם "מרכז חוויות". פעמים נמליץ על אבחונים נוספים. משך כל מפגש הוא שעה וחצי והתשלום עבורם אינו מסובסד ע"י קופות חולים.

בהתאם למידע שנאסף, נבחר את המסגרת הטיפולית המתאימה, בע"ח המתאים לתהליך, זמני ותדירות המפגשים, מטפל מתאים וכו'. כל זאת בהתאם להמלצתנו ומתוך הקשבה לבקשותיכם והעדפותיכם. לאחר מכן תוזמנו לפגישת קלט והכרות במרכז עם מטפל/ת ורכזת מערכת, נשוחח ונמליץ על התהליך הנראה לנו כמתאים: תדירות, משך המפגשים, נהלים ומטרות טיפוליות ספציפיות.

עם קביעת זמני המפגשים, לקראת מפגש הקלט, תקבלו את רצף המפגשים - "תוכנית הטיפול" ועימה רצף העלויות. אנו מקפידים על זמני ומועדי הפגישות. הקפדה זו הינה משמעותית וחיונית לתהליך הטיפולי. כמו כן, אנו שומרים לעצמנו את הזכות לביצוע שינויים (הן בזמני המפגשים והן בהחלפת המטפל במקרה הצורך) בשל צרכי המערכת וצרכי התהליך הטיפולי. בכל מקרה המפגשים יתקיימו ע"פ התוכנית הטיפולית.

מחיר תהליך הקלט הינו 540 ש"ח. במידה והטיפול מסובסד ע"י קופות חולים/מסגרות אחרות/תושבי אלעזר- הנהלים בהתאם לגוף הרלוונטי, כמפורט בהמשך. תשלום זה ישולם בתחילת פגישת הקלט.

מבנה התהליך הטיפולי:

סדרת מפגשים טיפוליים מונה 30 פגישות המאפשרות לנו לבחון לאורך התהליך את ההתקדמות. במהלך התהליך אנו מתייעצים עמכם על מנת שנדע אם יש צורך בסדרה נוספת ובעלת איזה אופי. לרוב, התהליך מתפרס על מינימום שתי סדרות טיפוליות - כשנת טיפולים.

מבנה הסדרה הטיפולית מתחלק לשלושה חלקים:

1. 4 פגישות ראשונות: פגישות של הכרות אישית בין המטפל למטופל, תאום ציפיות, נהלים וכללים, חוזה טיפולי.

2. כ-22 פגישות לתהליך הטיפול עצמו. המרכז מציע מגוון תחומי טיפול בהתאם למטרות הטיפוליות. יש להבין כי בשל האופי המיוחד בעבודה בסביבת בעלי החיים, פעמים ואנו מבצעים פעולות רבות למענם ולרווחתם, כגון: הכנת מזון, ניקיון כלובים, בניית כלובים, שמירה על ממשק מתאים, נסיעה לוטריןר, נסיעה לקנות מזון או ציוד אחר לרווחת בע"ח ועוד. נדרשת חתימתכם המאשרת נסיעות אלה. פעילויות אלה מהותיות ומהוות חלק חיוני בתהליך הטיפול.

3. 4 פגישות:

א. סיכום ופרידה, הפנמת התהליך והעמקת יכולת השימוש בכלים שנרכשו. (אם מתוכננת להתחיל סדרה נוספת, ייעודו פגישות אלה לסיכום חלקי המתייחס לתהליך עד כה, לתכנון ולהצבת מטרות המשך התהליך).

נציין כי ניתן לתאם בהתאם לצורך פגישות טלפוניות עם המטפל/ים וכן זמני פגישות במרכז להערכת אמצע התהליך ולפני סוף הסדרה (בתשלום), כך שנוכל יחדיו לבחון את ההתקדמות ולהחליט על המשך התהליך.

זמנים ותדירות המפגשים הטיפוליים:

משך המפגש ותדירות המפגשים משתנים בהתאם לצרכי המקרה והתהליך המתבקש. יחידת זמן אחת הינה בת 45 דק', יחידת זמן כפולה הינה בת שעה וחצי. לאיגאלה (E.A.G.A.L.A.) טיפולי משך המפגשים הוא שעה וחצי וכולל שני מטפלים.

המגיעים עם הפניה מקופות החולים או מסגרת אחרת זכאים למספר פגישות מסובסדות בהתאם לנהלי הזכאות של קופ"ח ויש לקחת בחשבון כי משך הפגישות הוא 30 דק'.

- במקרה של ביטול מפגש יש להודיע לנו במייל בלבד, עד 3 ימי עסקים (לא כולל שבתות וחגים) לפני המפגש - במקרה זה לא תחוייבו.
- הודעה על ביטול בין 72 שעות ועד 48 שעות לפני המפגש, תחייב את המבטל ב-50% מעלות המפגש.
- הודעה על ביטול בסמוך או פחות מ-48 שעות לפני המפגש, תחייב את המבטל ב-100% מעלות המפגש.
- מפגש שבוטל עם הודעה מראש ע"פ הנהלים, יושלם בזמן אחר או בסוף הסדרה.

נספח לחברי קופות חולים:

- עליכם לבדוק עם קופת החולים שלכם את כמות המפגשים להם אתם זכאים בשנה קלנדרית, ע"פ נהלי הקופה. לרוב, המינימום הוא 30 מפגשים בשנה.
- לחברי קופ"ח כללית: הטיפול המסובסד ע"י הקופה הוא טיפול בעזרת סוסים H.A.T בלבד. אל טפסי הקלט אותם מעבירים לנו בתחילת התהליך, יש לצרף הפנייה מרופא משפחה וכן המלצה של גורם פארא-רפואי לרכיבה טיפולית. התשלום הוא 45 ש"ח למפגש ומתבצע ישירות ל"מרכז חוויות". כמו כן, עלות תהליך הקלט (כולל מפגש הקלט) היא 90 ש"ח.
- לחברי קופ"ח מכבי: הטיפול המסובסד ע"י הקופה הוא טיפול בעזרת בע"ח A.A.T, או טיפול בעזרת סוסים H.A.T. התשלום מתבצע ישירות לקופ"ח, ועליכם להעביר אלינו במפגש הקלט 15 התחייבויות עבור חציה הראשון של הסדרה הטיפולית, ולאחר מכן 15 התחייבויות נוספות עבור חציה השני. עלות תהליך הקלט (כולל מפגש הקלט) היא 2 התחייבויות.
- לחברי קופ"ח מאוחדת ולאומית: הטיפול המסובסד ע"י הקופה הוא טיפול בעזרת בע"ח A.A.T, או טיפול בעזרת סוסים H.A.T. התשלום מתבצע ישירות ל"מרכז חוויות" ועם קבלת חשבונית מס/קבלה עליכם יהיה לפנות לקופה עבור קבלת החזרים, בהתאם לנהלי הקופה.
- טיפול אצל ד"ר יוני יהודה אינו מסובסד ע"י קופות חולים והתשלום עבורו הינו פרטי בלבד. חברי קופ"ח מאוחדת ולאומית יכולים לקבל החזרים בהתאם לנהלי הקופה.

עלויות:

עלות מפגש כוללת:

- עלות מפגש כוללת: הנחיה, סיוע טיפולי, תהליך חינוכי • עלויות שוטפות וספציפיות לבעלי החיים.
- ביטוח המטופל • פגישות ושיחות טלפונית עם ההורים, מורים וצוות טיפולי אחר, ברמת סבירות הגיונית.

המטפל	יחידה אחת, 45 דקות	2 יחידות, שעה וחצי
ד"ר יוני יהודה	400 ש"ח	700 ש"ח
מטפל בעזרת בעלי חיים / סוסים	250 ש"ח	400 ש"ח
מלווה טיפולי / סטודנט מתמחה בתחום (נוסף למטפל בהתאם לצורך).	120 ש"ח	200 ש"ח
E.A.G.A.L.A. טיפולי, מיני' 3 מטופלים (2 מטפלים)		465 ש"ח למשתתף

- עלות אחזקת החיות והביטוחים צמודה לתהליכים ותנודות במשק ועל כן ייתכנו שינויים בעלות המפגש.
- למפגשים המתקיימים מחוץ למרכז חוויות, יש להוסיף ביטול זמן ונסיעות.
- המחירים כוללים מע"מ.
- לתושבי אלעזר 10% הנחה על טיפולים. מחיר תהליך הקלט: 450 ש"ח.

אופן התשלום:

- כדי ליצור התקשרות ותקפות ביטוחית, על התשלום להיות מופקד מראש, באחת מהדרכים הבאות:
- צ'קים דחויים ל-1 בכל חודש בו מתבצעים המפגשים, לפי המועדים והסכומים הנקובים בדף "תוכנית הטיפול" אותו אתם מקבלים בתחילת התהליך ולאחר פגישת הקלט. את הצ'קים נא לרשום לפקודת "מרכז חוויות" ויש למוסרם לפני המפגש הטיפולי הראשון. אם יתווספו או יתבטלו פגישות, יקוזזו סכומים אלה מהתשלום האחרון, או במעבר לסדרה נוספת והפקדת צ'קים נוספים.

לא ניתן להתחיל את התהליך ללא מסירת כלל הצ'קים לסדרה.

- העברה בנקאית בשתי פעימות- האחת בתחילת הסדרה הטיפולית עבור חצי ממנה והשנייה באמצע עבור החצי הנוסף.
- אשראי, דרך Paypal

שאלון אנמנזה על המטופל - חלק א'

אנא מלאו שאלון זה בכתב ברור ובפירוט רב ושילחו אלינו בדואר לכתובת: מרכז חוויות, אלעזר 90, גוש עציון, 9094200 לפני תחילת מילוי הטפסים, עיינו בהם ורק אח"כ השיבו באופן מלא, תוך התייחסות להנחיות ולהפניות בגוף השאלון. (ככל שתפרטו יותר כך נוכל להתקדם בתהליך מהר יותר).

שם מקבל ובודק החומר _____
 למילוי ע"י מרכז חוויות
 תאריך הגעת הטפסים _____
 יש לציין אם היו שיחות טלפון, _____
 תאריך, עם מי וסיכום. _____
 תאריך אישור תחילת טיפול _____

תאריך מילוי השאלון _____ שם ממלא השאלון וקרבתו למטופל _____ טל' _____ נייד _____ מייל _____

אודות המטופל:

שם _____ שם משפחה _____ ת.ז. _____ תאריך לידה _____ גיל _____ גובה _____ משקל _____

כתובת: רח' _____ מס' בית _____ עיר/יישוב _____ מיקוד _____ טלפון בבית _____ פקס בית _____ נייד מטופל _____ מייל מטופל _____

קופת חולים (סוג הביטוח) _____ מס' כרטיס מגנטי _____ מוסד לימודים _____ גן/כיתה _____ אחר _____

אודות ההורים:

שם האב _____ גיל _____ עיסוק _____ נייד _____ מייל _____
 הערות: _____

שם האם _____ גיל _____ עיסוק _____ נייד _____ מייל _____
 הערות: _____

אודות האחים:

1. שם _____ גיל _____ עיסוק _____ 4. שם _____ גיל _____ עיסוק _____ 7. שם _____ גיל _____ עיסוק _____

2. שם _____ גיל _____ עיסוק _____ 5. שם _____ גיל _____ עיסוק _____ 8. שם _____ גיל _____ עיסוק _____

3. שם _____ גיל _____ עיסוק _____ 6. שם _____ גיל _____ עיסוק _____ 9. שם _____ גיל _____ עיסוק _____

שאלון אנמנזה על המטופל - חלק ב'

סיבת הפניה:

יחסים במשפחה: (חמה, אוהבת, מתוחה, רועשת, קרובה, וכדו')



פרטים התפתחותיים של המטופל:

הריון ולידה:

הופנה על ידי

טל' _____ נייד _____ מייל _____

אנא פרטו מדוע אתם פונים כעת?

התפתחות כללית: (הנקה, זחילה, התפתחות מוטורית, קשיי שינה, באיזה גיל יצא לראשונה למסגרת חוץ ביתית?)

תפקוד בהווה (בבית, בלימודים, בחברה, מעברים, סמכות, הצבת גבולות על ידי מבוגר, כשלון, פחדים שאינם מתאימים לגילו, התקפי זעם/תוקפנות, קושי בדחיית סיפוקים/אימפולסיביות, קשיי שינה, קשיי שפה, קשיי פרידה/עצמאות): כיתבו בפירוט, המשך מקום לכתיבה בעמוד הבא.

הסטוריה משפחתית (נא לציין ארועים משמעותיים חריגים בעבר, מחלות תורשתיות, קשיים, מחלות, אשפוזים, מעברי דירה, מוות של אדם קרוב וכד'): _____

ויסות חושי, תנועה ושרירים

התייחסות התפתחותית	תמיד	בדרך כלל	לפעמים	לעיתים רחוקות	אף פעם לא
האם ילדך נמנע ממגע?					
האם ילדך נמנע/מפחד כשמקפיצים אותו?					
האם ילדך נמנע/מנשיקות וחיבוקים?					
האם ילדך נמנע ממקלחות/חפיפה או רחיצת פנים?					
האם ילדך נמנע מפעילות גופנית, נדנדות/סולמות?					
האם ילדך נמנע מסוגי בדים או בגדים שונים?					
האם תוית הבגד מפריעה לילדך?					
האם מתקשה להתרגל לחילופי ביגוד בעונות?					
האם נמנע ממגע עם חומרים שונים?					
האם רגיש לאור?					
האם נבהל מרעשים חזקים (בלנדר, שואב אבק)?					
האם אוהב לכלוך?					
האם מעדיף/נמנע מלהיות מורם באויר?					
האם מעדיף/נמנע מלהיות מורם באויר?					
האם מעדיף/נמנע משימוש במתקנים במגרש משחקים (טיפוס, נדנוד, סיבובים)?					
האם מופיעות בחילות, הקאות, כאבי ראש בנסיעה?					
האם יורד במדרגות בחופשיות? האם מתעייף בקלות?					
האם מחזיק חפצים בצורה חזקה/ רפה (מרבה להפיל חפצים)?					
האם מתעסק בקלות עם חפצים קטנים?					

המשך:

אנא סמן ב-x במקום המתאים

שאלון אנמנזה על המטופל - חלק ג'

מוסדות לימודיים

נא לציין תפקוד כללי, יחסים חברתיים, תפקוד בפן הלימודי, בפן הנפשי, בפן הקוגניטיבי וכו'

מעון/גן: _____

בית ספר: _____

תיכון: _____

יחסים חברתיים: (האם מעדיף לשחק לבד, עם בני גילו, ילדים גדולים, ילדים קטנים)

שם איש הקשר במסגרת הלימודית _____ תפקיד _____ טל' _____ נייד _____

מייל _____

האם נוטל תרופות? אם כן אלו? _____

הרופא/ה המטפל/ת _____ קופ"ח פרטי

מס' טלפון _____ נייד _____

כתובת _____ מייל _____

היסטוריה של המצב/המחלה הנוכחית (אם מדובר במטופל עם לקות או מחלה פיזית או נפשית):

אנא ציינו פרטים רפואיים - אלרגיות, מחלות שונות, אסטמה, אפילפסיה, סוכרת וכדו':

מסגרות נוספות בהן המטופל משתתף - תנועת נוער, תחביבים ופעילויות אחרות וכדו':



אנא צרפו מידע מתוך תיק אישי, בית ספר, מכתב מסכם, מחנך/יועצת, תיק רפואי וחומר ארכיוני אחר הניתן להשגה.

הערות

האם נעשה איבחון רגשי, קוגניטיבי, פסיכו-דידקטי? לא / כן - מצ"ב בזאת. אם נעשו איבחונים אחרים אנא פרטו וצרפו למסמכים אלה.

האם מעסיק עצמו במשחק חופשי? האם מסוגל להיות לבד?

מהן הפעילויות המועדפות עליו?

מהם התחומים החזקים של ילדך?

נא ציינו אם המטופל השתתף במסגרת טיפולית אחרת בעבר או בהווה, נא ציינו את משך הטיפול, שם המטפל/ת והדרך ליצירת קשר. מה היו חוויותיכם מטיפול זה?

אנו עושים מאמצים להיענות לבקשתכם בקביעת מועדי הפגישות. עם זאת קביעת מועדי הטיפול מתייחסת לצרכים הטיפוליים ואילו המערכת. זמני הטיפול הינם בשעות הבוקר והצהריים המוקדמים.

אנא מלאו כאן שלושה זמני בוקר המתאימים לכם למפגשים. יום _____ שעה _____

אנא מלאו כאן שלושה זמני צהריים המתאימים לכם למפגשים. יום _____ שעה _____

אם יש לכם העדפה לגבי איש צוות מהמרכז, נא ציינו זאת כאן.

שם המטפל/ת _____ פרטי קופת חולים

מס' טלפון _____ נייד _____

טופס תיאום ציפיות לסיוע טיפולי בעזרת בעלי חיים (A.A.T)

אנא עיינו בחומר המצורף ולאחר מכן ענו על השאלות.

מדוע בחרת בטיפול בעזרת בעלי חיים?

1.

2.

3.

4.

מה את/ה מצפה שיקרה במהלך התהליך עצמו, ובסופו?

באלו תחומים ברצונך להתמקד בטיפול בעזרת בעלי חיים?

1.

2.

3.

4.

כמה זמן לדעתך יקח התהליך?

מה הן המטרות החשובות ביותר לדעתך שיש להתייחס להן? אנא דרג/י במספר 1 את המטרה החשובה ביותר לדעתך.

1.

2.

3.

4.

כיצד הסברת למופנה אלינו את מהות ההתקשרות עמנו?

בהתייחס למטרה החשובה ביותר, ציין שני ספציפי בחיי היום-יום שיעיד לדעתך על ההתקדמות הרצויה, כיצד תמדוד התקדמות / הצלחת התהליך?

הערות נוספות:

טופס תיאום ציפיות לטיפול בעזרת סוסים (H.A.T)

אנא עיינו בחומר המצורף בחוברת, ולאחר מכן ענו על השאלות.

מדוע בחרת בטיפול בעזרת סוסים?

1.

2.

3.

4.

מה את/ה מצפה שיקרה במהלך התהליך עצמו, ובסופו?

באלו תחומים ברצונך להתמקד בטיפול זה?

1.

2.

3.

4.

כמה זמן לדעתך יקח התהליך?

מה הן המטרות החשובות ביותר לדעתך שיש להתייחס להן? אנא דרג/י במספר 1 את המטרה החשובה ביותר לדעתך.

1.

2.

3.

4.

כיצד הסברת למופנה אלינו את מהות ההתקשרות עמנו?

הערות נוספות:

בהתייחס למטרה החשובה ביותר, ציין שני ספציפי בחיי היום-יום שיעיד לדעתך על ההתקדמות הרצויה, כיצד תמדוד התקדמות / הצלחת התהליך?

E.A.G.A.L.A. טופס תיאום ציפיות לטיפול באיגלה

אנא צפו בסרט ועיינו בחומר המצורף תוך דגש על עמוד 17 בחוברת, ולאחר מכן ענו על השאלות.
מדוע בחרת בטיפול באמצעות E.A.G.A.L.A.?

1.

2.

3.

4.

מה את/ה מצפה שיקרה במהלך התהליך עצמו, ובסופו?

באלו תחומים ברצונך להתמקד ב- E.A.G.A.L.A.?

1.

2.

3.

4.

כמה זמן לדעתך יקח התהליך?

מה הן המטרות החשובות ביותר לדעתך שיש להתייחס להן? אנא דרג/י במספר 1 את המטרה החשובה ביותר לדעתך.

1.

2.

3.

4.

כיצד הסברת למופנה אלינו את מהות ההתקשרות עמנו?

בהתייחס למטרה החשובה ביותר, ציין שני ספציפי בחיי היום-יום שיעיד לדעתך על ההתקדמות הרצויה, כיצד תמדוד התקדמות / הצלחת התהליך?

הערות נוספות:

טופס התחייבות על תשלומים

אני הח"מ מר/גב' _____ בעל ת.ז. _____
מצהיר בזאת כי הבנתי את נהלי התשלום במלואם ואני מתחייב לעמוד בהם.

אני מתחייב למסור צ'קים דחויים על פי רשימת הטיפולים והמועדים שאקבל דהיינו תשלום ל-1 בכל חודש לועזי בו מתקיימים מפגשים, על פי היקף המפגשים והתעריף שנסגר, עבור השהות/הטיפול במרכז. ידוע לי כי אי תשלום בזמן עלול לפגוע בקיום רצף המפגשים ולכן גם באיכות התהליך הטיפולי.

ידוע לי שביטול הפגישה תוך פחות מ-48 שעות ממועד המפגש - מחייב במלוא התשלום, תוך 72 שעות מחייב ב-50% מסך התשלום. למופנים ע"י קופת חולים - ידוע לי כי התחייבות הקופה לא מכסה ביטולים, ויהיה עלי לשלם את עלויות הביטול באופן ישיר.

עלות אחזקת החיות והביטוחים צמודה לתהליכים במשק, ועל כן ייתכנו שינויים בעלות המפגש. למפגשים המתקיימים מחוץ למרכז חוויות, יש להוסיף ביטול זמן ונסיעות.

אני מתחייב לשלם עם הגיעי למפגש הקלט - 540 ש"ח עבור תהליך הקלט וכן 2,800 ש"ח עבור מפגשי ההתאמה. (בתהליך מלא עלות הקלט - 540 ש"ח, כלולה בעלויות רצף המפגשים ותקוזה בהמשך). **המופנים מקופות החולים או מסגרות אחרות הינם פטורים מתשלום הקלט. התשלום כלול בתשלומי הסדרה המאושרת ומתחילים עפ"י בחירתכם את התהליך, או מפגשי היכרות והתאמה בתשלום מלא ובתהליך המקדים את התהליך הטיפולי.**

כמו כן אני מצהיר בחתימתי שקראתי את החומר במלואו ואני מבינו. אני יודע, מסכים לכך שמפגשי הטיפול יתקיימו בשעות הבוקר ולעיתים בשעות אחה"צ/ערב.

ידוע לי כי ההתקשרות מול מרכז חוויות הינה בכתב דרך המייל: havayot.center@gmail.com או בפקס' 02-9309195 בלבד.

ידועים לי נהלי חניה והמתנה.

אשר על כן באתי על החתום

חתימה

תאריך

טופס החתמה על ביטוח ונהלי המרכז

אני הח"מ מר/גב' _____ בעל ת.ז. _____

אבא/אמא של הילד/ה _____ גיל _____

מאשר בזאת כי אני מודע לסיכונים הכרוכים ברכיבה על סוסים ובהימצאותי/המצאות בני/בתי בסביבת בעלי חיים ו"במרכז חוויות" בכלל.

ידוע לי כי על אף כל אמצעי הזהירות הננקטים על ידכם ולאור הסיכונים כאמור לעיל אין זה מן הנמנע כי אני/בני/בתי עלולה להיפגע במהלך פעילות זו.

אני (ו/או בני/בתי) מתחייב/ת להקפיד על כל הנהלים הבטיחותיים הנהוגים במרכז ובפרט להקפיד על רכיבה עם קסדת מגן, נעילת נעליים סגורות - עדיף גבוהות, להישמע לכל הוראות הצוות ולא להיכנס /או להכניס אצבעות או לפתוח כלובים ללא אישור.

אני מאשר/ת לבני/בתי להצטרף לנסיעות לוותרני, לקניית ציוד ומזון לבעלי החיים.

אני מודע לכך שאם לא אשלם חובי למרכז במועד שנקבע, דהיינו תשלום ל-1 בכל חודש לועזי בו מתקיימים מפגשים, על פי היקף המפגשים והתעריף שנסגר - בני/בתי לא יהיו מכוסים על ידי ביטוח המרכז.

אשר על כן באתי על החתום

חתימה

תאריך

סיכום פגישת קלט

תאריך הפגישה: _____

נציגי/ מרכז חוויות: _____

נציגי/ גורם פונה: _____

רשם וסיכום: _____

למילוי ע"י מרכז חוויות

טופס החתמה על ויתור סודיות

כתב ויתור סודיות רפואית והרשאה למסירת מידע

לכבוד (למילוי ע"י מרכז חוויות) _____

אני החתום/ה מטה, נותן בזה רשות להעביר למרכז חוויות או כל אדם אחר הפועל מטעמו, כל מידע שיבקש, אודותיי, אודות בני/בתי, שם: _____

אחר, שם: _____

המצוי ברשותכם, לרבות מידע על מצבי הרפואי, הסוציאלי, התפקודי או השקומי, בעבר ובהווה, וכן כל מידע בנוגע לנכות רפואית או אחרת.

מבלי לגרוע באמור לעיל אני גם מתיר למסור כל מסמך, תעודה, חוות דעת, דו"ח או הערכה רפואית, תפקודית או אחרת המצוי ברשותכם, והנוגעים למצבי הבריאותי, התפקודי, הסוציאלי, השיקומי ו/או הנוגע לגמלאות ולתשלומים אחרים להם - אני, בני/בתי, אחר זכאי/הייתי זכאי לפי חוק.

והריני משחרר ופוטר אתכם מחובת השמירה על סודיות רפואית או סודיות כלשהי אחרת ומוותר בזה על כל טענה בקשר לסודיות רפואית או אחרת, בלי יוצא מן הכלל ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו למסירת מידע כאמור.

על החתום

שם _____ ת.ז. _____ חתימה _____ תאריך _____