

ברוכים הבאים ל"מרכז חוויות"

אנו מבקשים לקרוא את החוברת על "מרכז חוויות" המצורפת ולהכנס לאתר שלנו: www.havayot-center.co.il (רצוי לפני קריאת דפים אלו ומילוי הטפסים).
כמו כן הנכם מוזמנים לצפות בסרטם על "מרכז חוויות" <http://www.youtube.com/havayot>

אנא קראו בעיון את כל החומר והטפסים טרם מילואם.

פירוט המסמכים המצורפים לדפים אלו - יש למלא באופן מלא ולהחזיר אלינו:

← שאלון - אנמנזה

← טופס תיאום ציפיות לסיוע טיפולי בעזרת בעלי חיים - A.A.T

← טופס תיאום ציפיות לרכיבה טיפולית

← טופס תיאום ציפיות לאיגלה - EAGALA טיפולי

← טופס ביטוח ונהלי החווה - אנא חיתמו עליו!

← טופס התחייבות לתשלומים - אנא חיתמו עליו!

← טופס ויתור סודיות - אנא חיתמו עליו!

← יש לציין כי המפגשים הטיפוליים מתקיימים בעיקר בשעות הבוקר ולעיתים בצהריים / ערב.

← זמן המתנה מקבלת הטפסים חזרה לדינו ועד לתחילת תהליך טיפולי בין ברכיבה ובין בעזרת בע"ח - עד 6 שבועות

← טפסים שלא יגיעו מלאים וחתומים עם אבחונים וסיכומים כמתבקש - יוחזרו, והדבר יעכב את התהליך כולו!

להלן הסברים אודות ההכרות הראשונית ותחילת התהליך הטיפולי:

תהליך הקליטה

נא מלאו את השאלון המופיע בהמשך באופן מלא ובכתב קריא, צרפו את האבחונים שברשותכם והעבירו אותם אלינו. בעזרת מידע זה יבנה פרופיל - נרטיב ראשוני.

לאחר מכן תוזמנו לפגישת קלט - היכרות עם המרכז, נשוחח ונמליץ על התהליך הנראה לנו כמתאים; תדירות המפגשים, מישכם, בכמה סדרות מדובר, מטרות טיפוליות ספציפיות העולות מהחומר שהועבר אלינו, צוות, שעות וכד'.

מחיר תהליך הקלט הינו - 540 ש"ח, בתהליך מלא עלות זו כלולה בעלויות רצף המפגשים. (תשלום זה ישולם בתחילת פגישת הקלט ויקוז בהמשך מהתשלום האחרון בסדרה).

למופנים ע"י קופות החולים, בטוח לאומי, או מסגרות אחרות:

- עיינו בכל החומר להלן

- תהליך הקליטה הינו בהתאם להפניה

- עיינו בנספח המצורף לחומר זה

בכל שאלה ובקשה יש לפנות במייל: havayot.center@gmail.com

מבנה התהליך הטיפולי:

מפגשי היכרות והתאמה לסיוע הטיפולי בעזרת בעלי חיים ולרכיבה הטיפולית:

הקשר בין המטופל ל"מרכז חוויות" מתחיל ב-4 מפגשים כפולים עם ד"ר יוני יהודה, אשר מרתן: פתיחה, היכרות, התאמה, לימוד, הצבת יעדים ומטרות צנועות וכן היכרות עם מרכז חוויות.

בשלב זה נבחר את המסגרות הטיפוליות, בע"ח המתאים לתהליך, זמני ותדירות המפגשים, צוות מתאים וכד'.

פעמים ונמליץ על איבחונים נוספים. את המרכז מלווים רופא, פסיכולוגים, פסיכיאטרים, פיזיותרפיסט, מרפא בעיסוק ועו"ס מהשורה הראשונה, תמיד נשמח לעבוד עם המומחים שאיתם אתם בקשר ויחד עם זאת נשמח להפנותכם לאלה שאנו עובדים עימם.

בשלב זה נפגש או נדבר טלפונית ונחל בתהליך.

סדרת מפגשים טיפוליים מונה 24 פגישות המאפשרות לנו לבחון לאורך התהליך את ההתקדמות. פעמים ומתקיימים סדרות מקבילות, למשל רכיבה טיפולית מקבילה למפגשי סיוע טיפולי בעזרת בע"ח וכד', אנו מתייעצים עמכם כל הזמן על מנת שנדע אם יש צורך בסדרה נוספת ובעלת איזה אופי.

בדרך כלל התהליך מתפרס על מינימום שתי סדרות טיפוליות - כשנת טיפולים.

מהות ותוכן סדרה בת 24 פגישות:

4 פגישות - היכרות אישית בין המטפלים והמטופל, תאום ציפיות, נהלים וכללים, חוזה טיפולי.

16 פגישות - התהליך עצמו. במגוון התחומים שהמרכז מציע, יש להבין כי בשל האופי המיוחד בעבודה בסביבת בעלי חיים, פעמים ואנו מבצעים פעולות רבות למען ולרווחתן של החיות כגון: הכנת מזון לבע"ח, נקיון כלובים, בניית כלובים, שמירה על ממשק מתאים, נסיעה לוטרניר, נסיעה לקנות מזון או ציוד אחר לרווחת בע"ח, ועוד. בחתימתכם אתם מאשרים נסיעות אלה. פעילות זו מהותית ומהווה חלק חיוני בתהליך הטיפולי.

4 פגישות - א) סיכום, פרידה, הפנמת התהליך והעמקת יכולת השימוש בכלים שנרכשו.

ב) אם מתחילים סידרה נוספת- בפגישות אלו מקיימים סיכום חלקי, המתייחס לתהליך עד כה, תכנון והצבת מטרות להמשך התהליך בפגישות הבאות, וכן הלאה.

למגיעים עם הפניה מקופת החולים או מסגרת אחרת - הנכם זכאים למספר פגישות מסובסדות בהתאם להפניות - ראה בנספח.

זמנים ותדירות המפגשים הטיפוליים:

משך המפגש ותדירות המפגשים משתנים בהתאם לצרכי המקרה והתהליך המתבקש.

← סיוע טיפול בעזרת בע"ח - A.A.T:

יחידת זמן אחת הינה בת 45 דקות, יחידה כפולה הינה בת שעה וחצי וכו', בד"כ משך הפגישה - שעה וחצי.

← ברכיבה הטיפולית:

יחידת זמן אחת הינה בת 45 דקות: כ-30 דקות בעבודה על הסוס או בעבודת קרקע סביבו לפי החלטת מדריך/ת הרכיבה, ועוד כ-15 דקות בהכנת הסוס, פריקת הסוס, הובלה, טיפול בציוד הסוס ולעתים משימות בחווה עם חיות אחרות (בליווי מדריך/ה מלווה), בהתאם להנחיות הטיפוליות (המופנים מקופות החולים - ראו נספח מצורף).

יחידת רכיבה כפולה: כשעה בעבודה על הסוס/בסביבתו וכ-30 דקות, פעמים מפוצלות בהכנת סוס וכד' כאמור לעיל.

ברכיבה הטיפולית פועלים שני אנשי צוות: מדריך/ה רכיבה טיפולית ומדריך/ה מלווה בהתאם לצרכים. במסגרת מפגשי הרכיבה הטיפולית, פעמים ומתקיימים שיעורי אורווה וטיפול הסוס, כחלק ממערך הטיפול. כל זאת עפ"י החלטת מדריך הרכיבה הטיפולית, בד"כ יתקיימו מפגשים אלו בימים בהם מזג האוויר אינו מאפשר רכיבה.

לידיעתכם - ברכיבה הטיפולית אנו משתדלים כי יהיו שניים או יותר רוכבים במגרש, משיקולים מקצועיים. משך ההמתנה עד לבניית קבוצת הרוכבים עשויה להמשך עד 6 שבועות.

← EAGALA טיפולי: 16 יחידות כפולות (שעה וחצי), שני מטפלים.

תכנית הטיפול:

אנו עושים כמיטב יכולתנו להתחשב בזמנים האפשריים לכם, תוך שילוב צרכי המטופל והתוכניות הנבנות עבורו. קיימת סבירות כי תזמנו להגיע למרכז פעמיים בשבוע במהלך התהליך הטיפולי, אם הדבר אינו מתאפשר לכם, אנו ממליצים לשקול מראש את התהליך כולו. שימו לב, קיים זמן המתנה עד לשילוב המטופל עם מספר רוכבים/משותפים, פעמים מתחילת התהליך ופעמים שילוב בהמשך.

עם קביעת זמני המפגשים, תקבלו רשימה של כל תאריכי רצף הפגישות - "תכנית הטיפול" במסלולים המקבילים שנקבעו ועימה רצף העלויות. עליכם לבדוק מראש צפי של קשיים בהגעה וכדו'. אנו מקפידים על זמני ומועדי הפגישות. הקפדה זו הינה משמעותית וחיונית לתהליך הטיפולי. התנגדות המטופל להגעה הינה חלק מהתהליך ואנו נתמודד עם התנגדות זו בזמן הטיפול. אנו שומרים לעצמינו את הזכות לביצוע שינויים בשל צרכי המערכת וצרכי התהליך הטיפולי (שילוב רוכבים וכדו' כפי שהוסבר לעיל). כמו כן ינתנו לכם זמני פגישות טלפוניות עם המטפלים/ים וכן ניתן על פי הצורך לקבוע זמני פגישות במרכז להערכת אמצע התהליך ולפני סוף הסדרה (בתשלום), כך שנוכל יחדיו לבחון את ההתקדמות ולהחליט על המשך התהליך.

ביטול מפגש:

- במקרה של ביטול מפגש, יש להודיע לנו **במייל בלבד** על כך, עד 72 שעות (שלושה ימי עסקים - לא כולל שבתות וחגים) לפני המפגש - במקרה זה לא תחוייבו.
- הודעה על ביטול שתהיה 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.

החיוב על ביטול ירד מרצף התשלומים שנמסר כפי שיוסבר בהמשך. על ביטול יש להודיע במייל בלבד!

שיבוץ מפגש חדש לאחר שינוי תאריכים בתיאום ובאישור: על מנת לשמור על רצף התהליך הטיפולי ומתוך רצון לא לחייב אתכם בדמי ביטול, אנו נחפש תאריך חלופי באותו שבוע בדרך כלל בשעות הבוקר! (או אם יתאפשר טיפולית, מפגש כפול בסמיכות למועד המפגש הקבוע). אם לא ינוצל הזמן אשר יוצע, ירד כאמור התשלום מרצף התשלומים ולא יוחזר טיפול.

התאמת המטפל:

כפי שמצויין בחוברת בעמ' 13, במרכז צוות טיפולי. לאחר קיום פגישת הקלט, ד"ר יוני יחליט עמכם מי המטפלים המתאימים. אם ברצונכם לבחור במטפל או בתהליך מסוים, יש לידע אותנו מראש ואנו נבחן את ההתאמה ונעשה מאמץ להיענות לבקשתכם.

במהלך הטיפול, יתכן ויהיה צורך בהחלפת המטפל / איש צוות - הן מסיבה טיפולית או מערכתית, כגון מחלה, מילואים וכדו'. בכל מקרה המפגשים יתקיימו על פי התכנית הטיפולית.

עלויות:

עלות מפגש כוללת:

- הנחיה, סיוע טיפולי, תהליך חינוכי • עלויות שוטפות וספציפיות לבעלי חיים • ביטוח המטופל
- פגישות ושיחות טלפוניות עם ההורים, מורים וצוות טיפולי אחר, ברמת סבירות הגיונית • כמובן ופעמים נקבע פגישות להנחיית הורים/ מורים, **בתשלום**.

המטפל	יחידה אחת, 45 דקות	2 יחידות, שעה וחצי
ד"ר יוני יהודה	400 ש"ח	700 ש"ח
מסייע טיפולי / רכיבה טיפולית	215 ש"ח	375 ש"ח
מדריך/ה מלווה /סטודנט ב-doing או ברכיבה	110 ש"ח	210 ש"ח
Eagala טיפולי - מיני 3 מטופלים (2 מטפלים)		465 ש"ח למשתתף

- עלות מטפלים אחרים - בהתאם למקרה ולצרכים.

- 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.

נספח לחברי קופ"ח מאוחדת:



- מופני הקופה זכאים ל-24 מפגשים של סיוע טיפולי בעזרת בעלי חיים או רכיבה טיפולית בכל תקופת הביטוח בקופת חולים מאוחדת.
- עליכם להביא הפניה מפורטת, אבחונים מלאים לצד מילוי טפסי האנמנזה המצורפים בזאת. חומר זה יהווה בסיס לקביעת תכני התהליך הטיפולי.
- התשלום הינו ישירות למרכז חוויות, ואם קבלת חשבונית מס/קבלה, עליכם יהיה לפנות לקופה עבור קבלת החזרים.
- תהליך הקלט מתבצע בהתאם לרשום בטפסים לעיל.
- על כל חבר קופ"ח מאוחדת לבדוק את זכאותו ואת השתתפות הקופה בטיפולים ישירות בקופה. חבר קופת חולים מאוחדת - עד גיל 12, אשר זקוק על פי קביעת הרופא המטפל מטעם הקופה לטיפול, יהא זכאי לשיפוי בגובה 75% ועד 94 ש"ח לטיפול.

נספח למופנים ע"י קופ"ח לאומית:

- מופני הקופה זכאים ל-45 מפגשים של סיוע טיפולי בעזרת בעלי חיים או 30 טיפולים ברכיבה הטיפולית בשנה קלנדארית.
- עליכם להביא הפניה מפורטת, אבחונים מלאים לצד מילוי טפסי האנמנזה המצורפים בזאת. חומר זה יהווה בסיס לקביעת תכני התהליך הטיפולי.
- התשלום הינו ישירות למרכז חוויות, ואם קבלת חשבונית מס/קבלה, עליכם יהיה לפנות לקופה עבור קבלת החזרים.
- תהליך הקלט מתבצע בהתאם לרשום בטפסים לעיל.
- על כל חבר קופ"ח לאומית לבדוק את זכאותו ואת השתתפות הקופה בטיפולים ישירות בקופה. חבר קופת חולים לאומית - עד גיל 15 אשר זקוק על פי קביעת הרופא המטפל מטעם הקופה לטיפול, יהא זכאי לשיפוי בגובה 80% ועד 111 ש"ח לטיפול.

נספח למופנים ע"י המוסד לביטוח לאומי:

- מופני המוסד לביטוח לאומי זכאים לסדרות טיפוליות של שישה חודשים (24 עד 26 מפגשים) של טיפול בעזרת בעלי חיים או רכיבה טיפולית.
- עליכם להביא הפניה מפורטת, אבחונים מלאים לצד מילוי טפסי האנמנזה המצורפים בזאת. חומר זה יהווה בסיס לקביעת תכני התהליך הטיפולי.
- סדרה זו כוללת בתוכה את פגישת הקלט ואת מפגשי ההכרות והתאמה- בהתאם לצורך.
- התהליך הטיפולי - סדרה עוקבת סדרה, עפ"י החלטות המוסד לביטוח לאומי.
- אין צורך בתשלום למרכז חוויות (התשלום מתבצע ישירות על ידי הביטוח הלאומי).
- בתחילת התהליך הטיפולי יימסר למטופל רצף המפגשים הטיפוליים. המטופל יחתום במשרד על טפסי הביטוח הלאומי עפ"י התאריכים בתוכנית הטיפול המתוכננת.

אופן התשלום - עבור המפגשים במרכז חוויות:

כדי ליצור התקשרות ותקפות ביטוחית על התשלום להיות מופקד **מראש** ומתבצע באחת מן הדרכים הבאות:

- **ניתן לשלם בצ'קים דחויים** ל-1 בכל חודש בו מתבצעים המפגשים, לפי המועדים והסכומים הנקובים בדף "תכנית הטיפול" אותו אתם מקבלים בתחילת התהליך לאחר פגישת הקלט. את הצ'קים נא לרשום לפקודת "מרכז חוויות" ויש למסרם לפני המפגש הטיפולי הראשון. אם יתווספו או יתבטלו פגישות, יקוזזו הסכומים האלה מהתשלום האחרון, או במעבר לסדרה נוספת והפקדת צ'קים נוספים.
- תשלום על ידי **הוראת קבע** ל-1 בכל חודש בו מתבצעים המפגשים. יש להביא אישור מהבנק על חתימה להוראת קבע. (הוראת הקבע צריכה להתייחס לסכומים המשתנים המצויינים בדף "תכנית הטיפול").

ארבעת מפגשי ההתאמה:

- התשלום עבור פגישת הקלט עם ד"ר יוני יהודה יתבצע בתחילת מפגש הקלט.
- התשלום עבור מפגשי ההתאמה עם ד"ר יוני יהודה יתבצע גם כן במפגש הקלט.
- התשלום עבור פגישת הקלט, יקוזז מרצף עלויות המפגשים (מהתשלום האחרון), רק בתהליך מלא, דהיינו **4 מפגשי התאמה עם ד"ר יוני יהודה + 24 מפגשי טיפול**.

- המפגש הטיפולי מתקיים בכל מזג אוויר.

- **בשל הרצון לשמור על דיסקרטיות ככל האפשר ותחושה נעימה לעוברים את התהליך, אנו מבקשים להגיע בזמן. אם הקדמתם יש להמתין מחוץ למרכז בטיילת/ברכב - עד לזמנכם. נבקשכם להמתין בזמן הטיפול מחוץ למרכז. במקרים חריגים כגון מזג אוויר וכד' ניתן בתיאום מראש לשהות באחד מחדרי הטיפול (בצריף) כל עוד אין זה מפריע לתהליכים טיפוליים במרכז.**

- **מסיבות בטחוניות וביטוחיות, אין להחנות רכבים בכניסה למרכז חוויות וברחובות הסמוכים. הנכם מתבקשים להחנות רכבכם מחוץ לשער הישוב, מימין ומשמאל, בחניה המסודרת הסמוכה לשומר ולעלות במדרגות.**

- **בעלי צרכים מיוחדים המתקשים, ניתן להוריד את המטופל בשער מרכז חוויות ולאחר קליטתו ע"י נציג "חוויות" יש להחנות את הרכב כפי שהוסבר לעיל. כמו כן, ישנה חניה ציבורית בהמשך הרחוב בסמוך לאלום "שמחת שני" ובתי הכנסת כ-100 מ' ממרכז חוויות.**

נספח לחברי מכבי שירותי בריאות:

- ◀ מבוטחי מכבי שירותי בריאות זכאים ל-30 מפגשים של סיוע טיפולי בעזרת בעלי חיים או רכיבה טיפולית בשנה קלנדארית (אחד מהשניים לסדרת טיפולים עפ"י המלצת מרכז חוויות).
 - ◀ מבוטחי מגן כסף - זכאות זו ניתנת רק לילד המוגדר "התפתחותי", גיל 3-6, (כולל ילדים אוטיסטים וסומטים). כלומר, אובחן כבעל בעיה התפתחותית וטופל במכון להתפתחות הילד של מכבי או אצל מטפלים שיש להם הסכם עם מכבי.
 - ◀ מבוטחי מגן זהב - זכאות זו ניתנת רק לילדים שאובחנו כבעלי הפרעות קשב וריכוז ADHD או ADD (כולל ילדים אוטיסטים וסומטים). ילד "התפתחותי" המאובחן גם כבעל הפרעת קשב וריכוז: עד גיל 10 יקבל את זכאותו מתוקף היותו ילד "התפתחותי".
 - ◀ מגיל 10-12 יקבל את זכאותו מתוקף היותו מאובחן כבעל הפרעות קשב וריכוז.
 - ◀ להפקת טופס התחייבות תיגבה השתתפות עצמית של 56 ש"ח לטיפול, למכבי שירותי בריאות.
 - ◀ עליכם להביא הפניה מפורטת, אבחונים מלאים לצד מילוי טפסי האנמנזה המצורפים בזאת. חומר זה יהווה בסיס לקביעת תכני התהליך הטיפולי.
 - ◀ מופני מכבי שירותי בריאות פטורים מתשלום עבור תהליך הקליטה, שכן עם הגשת החומר באופן מלא, נוכל להתחיל בתהליך הטיפולי. תהליך הקליטה מורכב מקליטת החומר, לימוד החומר, שיבוץ במערך ברכיבה הטיפולית או בסיוע הטיפולי בעזרת בעלי חיים ופגישת קלט עם המטפל. תהליך זה מהווה 2 יחידות מסדרת 30 הטיפולים (ניתן לשקול פגישות דומות במהלך הטיפול, הפגישות תקבענה לזמנים פנויים במערכת ותבאנה על חשבון מפגשי הטיפול). עד הגיעכם לפגישת קלט עליכם למסור התחייבות ממכבי שירותי בריאות עבור הטיפולים.
 - ◀ אין צורך בתשלום ישירות למרכז חוויות (התשלום מתבצע ישירות על ידי מכבי).
 - ◀ מומלץ להוציא התחייבות חד-פעמית ל-30 המפגשים הטיפוליים.
- בתיאום מראש, ניתן להנפיק התחייבות מפוצלת, כל פעם ל-15 מפגשים, אך דעו כי יש להגישה כל פעם מחדש, לא יאוחר מ-5 טיפולים טרם תום מימוש ההתחייבות הקיימת ועפ"י התאריכים שיימסרו.
- * מומלץ עפ"י שיקול דעתכם, לקיים 4 מפגשי הכרות והתאמה בתשלום פרטי (ללא השתתפות מכבי שירותי בריאות), עפ"י המוסבר בחומר לעיל, לפני תחילת התהליך הטיפולי.

נספח לחברי כללית מושלם:

- ◀ מופני כללית מושלם, בגילאי 18-3, זכאים ל-30 מפגשים של רכיבה טיפולית בשנה קלנדארית, ולא יותר מ-1000 טיפולים בכל תקופת החברות.
- ◀ עליכם להביא הפניה מפורטת, אבחונים מלאים לצד מילוי טפסי האנמנזה המצורפים בזאת. חומר זה יהווה בסיס לקביעת תכני התהליך הטיפולי.
- ◀ מופני כללית מושלם פטורים מתשלום עבור תהליך הקליטה, שכן עם הגשת החומר באופן מלא, נוכל להתחיל בתהליך הטיפולי. תהליך הקליטה מורכב מקליטת החומר, לימוד החומר, שיבוץ במערך ברכיבה הטיפולית ופגישת קלט עם מדריך הרכיבה הטיפולית. תהליך זה מהווה 2 יחידות מסדרת 30 הטיפולים (ניתן לשקול פגישות דומות במהלך הטיפול, הפגישות תקבענה לזמנים פנויים במערכת ותבאנה על חשבון מפגשי הטיפול). עלות פגישת הקלט והטיפול בחומר בהשתתפות כללית מושלם - 90 ש"ח. יש למסור את התשלום עם הגיעכם לפגישת הקלט.
- ◀ על המבוטח לשלם עבור כל מפגש 45 ש"ח למרכז חוויות.
- ◀ עבור סדרת המפגשים יש לשלם מראש בצ'קים דחויים (לכל חודש) לראשון לכל חודש בו מתקיים הטיפול, לפי המועדים והסכומים הנקובים בדף "רצף המפגשים" אותו אתם מקבלים בתחילת התהליך ולאחר פגישת הקלט. את הצ'קים נא לרשום לפקודת "מרכז חוויות" ויש למוסרם לפני המפגש הטיפולי הראשון.
- ◀ על מנת לממש את השתתפות כללית מושלם, על המבוטח למסור עם החומר הפניית, בהתאם לנהלי כללית מושלם, לפי אחד הקריטריונים הבאים:
- ◀ הפניה ממרכז התפתחות הילד בקהילה/ בית החולים.
- ◀ הפניה של פסיכולוג התפתחותי/ שיקומי/ קליני.
- ◀ הפניית נוירולוג ילדים.
- ◀ הפניית אורטופד.
- ◀ הפניית רופא ילדים מומחה ברפואה התפתחותית.
- ◀ הפניית פסיכיאטר ילדים.

בנוסף קיימת אפשרות להפניה משולבת (נדרשות שתי הפניות):

- ◀ הפניית רופא ראשוני (משפחה/ ילדים) + המלצה של מטפל פרה רפואי (עובד/ת סוציאלית, פסיכולוג, מרפא/ה בעיסוק, פיזיותרפיסט/ית, מרפא/ה בדיבור).
 - ◀ הפניית רופא ראשוני + אבחון פסיכודידקטי הממליץ על הטיפול.
- * מומלץ עפ"י שיקול דעתכם, לקיים 4 מפגשי הכרות והתאמה בתשלום פרטי (ללא השתתפות כללית מושלם), עפ"י המוסבר בחומר לעיל, לפני תחילת התהליך הטיפולי.

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).

למילוי ע"י מרכז חוויות

שם מקבל ובודק החומר _____

שם מקבל ובודק החומר _____

שם מקבל ובודק החומר _____

שם מקבל ובודק החומר _____

יש לציין אם היו שיחות טלפון, תאריך, עם מי וסיכום.

תאריך הגעת הטפסים _____

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?)

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

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.

ויסות חושי, תנועה ושרירים

התייחסות התפתחותית	תמיד	בדרך כלל	לפעמים	לעיתים רחוקות	אף פעם לא
האם ילדך נמנע ממוגע?					
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 ממוגע 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?					

אנא סמן ב-x במקום המתאים

המשך:

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 _____ פרטי קופ"ח

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 (תיאום ציפיות לרכיבה הטיפולית בעמוד הבא)

אנא צפו בסרט ועיינו בחומר המצורף תוך דגש על עמודים 8-9 בחוברת, 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 דרגי/ 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 לרכיבה הטיפולית (תיאום ציפיות ל-A.A.T. בעמוד הקודם)

אנא צפו בסרט ועיינו בחומר המצורף תוך דגש על עמוד 11 בחוברת, ולאחר מכן ענו על השאלות.

מדוע בחרת בטיפול באמצעות רכיבה על סוסים?

1.

2.

3.

4.

באלו תחומים ברצונך להתמקד ברכיבה הטיפולית?

1.

2.

3.

4.

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

1.

2.

3.

4.

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

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

כמה זמן לדעתך יקח התהליך?

כיצד הסברת למופנה אלינו את מהות ההתקשרות עמנו?

הערות נוספות:

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

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

