

מבקרים יקרים,
מרכז אחיה שוכן באזור חרדי,
ומשרת את כלל האוכלוסיה
נבקשכם לכבד את אופי המקום
בלבוש הולם, צנוע ולא חשוף
תודה על הרישיות ואל ההתחשבות



הסכם קבלה כללי

ברוכים הבאים לבריכה הטיפולית של אחיה, אנו מאחלים לכם טיפול מועיל ומקדם! נא קראו בעיון את הנהלים וחתמו, אנו מזמינים אתכם לפנות בכל שאלה

הנחיות כלליות

- כדי להפיק את המרב מהטיפול וכן כדי לשמור על פרטיות - תתאפשר כניסת מלווה אחד בלבד לשטח הבריכה.
- יש להציג אישור רפואי שאינה קיימת מגבלה לטיפול במים. במידה וחל שינוי במצב הרפואי, יש לדע את המטפל ולהציג אישור רפואי תואם.
- אין לשהות במים מעבר לשעת הטיפול.
- הכניסה לבריכה אסורה לאנשים החולים במחלות עור, פצעים פתוחים/מפרישים, דלקת עינים/אוזניים או מחלה מדבקת אחרת.
- הבריכה פועלת בשעות נפרדות לגברים/נשים. לא תותר כניסת נשים לסביבת המים בבריכה בשעות הפעילות לגברים וכן להפך.

הסדרי תשלום

- כדי שנוכל לשמור על תורכם הקבוע - יתבצע תשלום / התחייבות עבור סדרות של 4 טיפולים מראש (לפחות). מובהר כי הסדרת התשלומים במלואם ובמועדם מהווה תנאי לקבלת מידע ו/או מסמכים בקשר לטיפולים הנערכים למטופל.
- אם במהלך הסדרה יש עיכוב בקבלת אישור לטיפולים, אנא פנו בהקדם בכדי שנוכל לבדוק עמכם אפשרות להמשיך / לסיום טיפול.
- כל פגישה טיפולית המתקיימת בין המטפל לכל גורם שהוא (הורה / מורה וכד') תחושב כזמן טיפול ותחויב בהתאם.

ביטולים במהלך סדרה

- לרצף הטיפול חשיבות רבה, וכל ביטול עלול לפגוע בהצלחת הטיפול ובקשר הטיפולי, במידה ונאלצתם לבטל נא פעלו בהתאם להנחיות:
- יש להודיע על ביטול טיפול לפחות 24 שעות מראש, ולטיפולי יום א'-עד יום ה'.
 - ההודעה תימסר למזכירות בשעות פעילות המשרד.
 - האפשרות לבטל טיפול גם בהודעה מראש, מוגבלת לפעמיים בסדרה. ביטולים/איחורים חוזרים יאלצו אותנו להפסיק את הטיפול.
 - אי הגעה לטיפול ללא הודעה מוקדמת מחייבת אתכם בתשלום מלא על הטיפול, זמן זה הינו שלכם, באפשרותכם לקיים שיחה טלפונית עם המטפל בזמן הטיפול.

הביגוד בבריכה

- הציוד הנדרש: מגבת, בגד ים וכובע ים. (לבעלי שער ארוך, כובע ים חובה).
- במקרים של אי שליטה על סוגרים - הכניסה למים מותנית בלבשת שתי שכבות הגנה למים: טיטול ח"פ וטיטול רב פעמי (ניתן לרכוש במזכירות)
- הכניסה למים בבגד ים שלם בלבד, ניתן ללבוש חולצת טריקו/ליקרה לבנה מעל לבגד הים.

ויתור סודיות

אני הח"מ נותן בזאת את הסכמתי לאחיה להעביר מידע ולקבל מידע בנוגע לבני/ביתי עם המסגרות המצוינות מטה זאת לצורך הטיפול, בהתאם לשיקול דעת מקצועי.

☐ קופת חולים
 ☒ המסגרת החינוכית
 ☐ אחר

☒ הצוות המטפל ביחידה
 ☐ השירות הפסיכולוגי

☒ הרווחה
 ☐ מלווה לטיפול: (פרט) _____

הבאת הילד לטיפול ואיסופו בסיום טיפול

בני/ביתי הינו/ה באחריות הח"מ עד לשעת הטיפול שנקבעה וכן החל משעת סיום הטיפול. הבאתו/ה לטיפולים ואיסופו/ה בסיום הטיפול יתבצעו על ידי ו/או באחריות.

הנני מאשר את כל הסעיפים המופיעים במסמך:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.ז: _____ דוא"ל: _____ @ _____

שם ההורה: _____ חתימה: _____ תאריך: _____