שילובים
מרכז טיפול ויעוץ למשפחה

גם אני בשילובים

אנו מברכים אתכם על שבחרתם להצטרף לטיפול במרכז שילובים, צוות מרכז שילובים מבטיח כי תקבל את הטיפול המקצועי, המתקדם, הטוב והקשוב ביותר.

יחד עם זאת אנו יודעים כי התקופה הראשונה של הטיפול אינה פשוטה.

להלן פרטים חשובים על המרכז והטיפול שחשוב לנו שתקראו.

מצורפים הטפסים הבאים:

1. טופס פרטים אישיים
2. טופס הסכם טיפול
3. טופס ויתור סודיות
4. טופס אישור צילום וטיפול ע"י סטודנט

בכל בעיה או בקשה אתם מוזמנים לפנות למטפל/ת האישי/ת שלכם, לאחד מאנשי הצוות או אליי.

בברכת שנה טובה,

שירי לוטן מסיקה
מנהלת מרכז שילובים
טלפון: 054 3452370
shiloovim.office@gmail.com

• מרכז שילובים מוכר כספק של קופת חולים וחברות הביטוח

שילובים
מרכז טיפול וייעוץ למשפחה

שילובים הינו מרכז לטיפול, יעוץ, הכשרה והדרכה למשפחה, לכל סוגי האוכלוסיות ולכל הגילאים.
המרכז נותן מענה לצרכים רגשיים, חברתיים, תפקודיים ודידקטים.
מסגרת הטיפול הינה משלבת ומכילה, האני מאמין של צוות המרכז הוא שילוב המשפחה והסביבה הקרובה כחלק בלתי נפרד מהתהליך, ההתקדמות והלמידה של המטופל.
במרכז מתקיימות הדרכות פרטניות וקבוצתיות, יעוץ אישי, זוגי ומשפחתי, טיפול רגשי ופסיכולוגי, ריפוי בעיסוק והוראה מתקנת, ובנוסף, הכשרה, הדרכה ופיתוח למטפלים חדשים וותיקים.
לשילובים ערך מוסף ייחודי – שילובים בקהילה: שילוב התערבויות טיפוליות / תומכות בקהילה.

זכויות וחובות המטופלים ומשפחתם במרכז שילובים

- עם הקבלה למרכז תקבל הסבר על אופן, משך וזמן הטיפול אותו תקבל..
- צוות המרכז יעשה כל שביכולתו באמצעות הידע והכלים העומדים לרשותו כדי לשפר את מצבך ולתת לך טיפול מקצועי, קשוב ומכובד.
- הצוות רואה בך שותף לתוכנית הטיפול ולשינויים בה, חובת הצוות להסביר על ההתפתחויות הצפויות בתוכנית הטיפול במילים הברורות לך.
- כל מידע שאתה מוסר או שנמסר עליך/על משפחתך הוא סודי ויישמר לפי ההנחיות בחוק.
- חובתך להתחשב בזולת, לכבד את הצוות ושאר המטופלים.
- חובתך לכבד את הפרטיות של שאר המטופלים.
- חל איסור מוחלט על העברת מידע של שמות המטופלים או פרטי מחלתם לאנשים אחרים.

שילובים
מרכז טיפול ויעוץ למשפחה

נהלים

התקדמות הטיפול תלויה במידה רבה בשיתוף הפעולה שלך
ובהגעה רצופה לכל המפגשים, ביום ובשעה שנקבעו.

ביטולים:

- במידה והודיע המטופל יום לפני על מחלה / ביטול – לא יהיה חיוב עבור המפגש.
- במידה והודיע המטופל באותו יום על ביטול / מחלה – יהיה חיוב מלא.
- בטיפול בקבוצה או בזוג לא יתקבלו ביטולים, ההתחייבות היא מראש לכל תוכנית הטיפול.

תשלומים:

- כל התשלומים מתבצעים מראש עבור חודש הטיפולים הבא.
- מטופלי קופת חולים מאוחדת – בתחילת כל חודש יש להביא התחייבות על כל החודש הבא.
- מטופלי חברת הביטוח (פמי) – בתחילת כל חודש יש להביא התחייבות על כל החודש הבא.
- ללא הסדרת התשלום / הבאת בהתחייבויות מראש לא ניתן יהיה להמשיך בטיפול – אנא הימנעו מאי נעימויות!

שילובים
מרכז טיפול ויעוץ למשפחה

מחירון מבוגרים

מטופלים פרטיים:

- טיפול רגשי (הבעה ויצירה): פרטני – 250 ₪ כולל מע"מ / קבוצתי – 150 ₪ כולל מע"מ, טיפולים בסניף רעננה 250 ש"ח.
- פסיכולוגים: 350 ₪ כולל מע"מ (אין השתתפות קופ"ח).
- עובדת סוציאלית: 350 ₪ כולל מע"מ (אין השתתפות קופ"ח).

כללי:

- שילובים מוכר כספק של חברת פמי – אשר נותנת שירותים לחברות הביטוח.
- יש להביא התחייבות מראש למפגשים.
- טיפול זוגי יש להביא התחייבויות לכל אחד מבני הזוג.
- העלויות וכמות המפגשים עפ"י תנאי פוליסת הביטוח.

מרכז שילובים: סניף כפר נטר - ההדרים 24 | סניף רעננה - שפינוזה 29
טל: 09-8823371 נייד: 054-3452370 shiloovim.office@gmail.com | www.shiloovim.com

שילובים
מרכז טיפול ויעוץ למשפחה

פרטים אישיים

שם ______________________________ תאריך לידה: _______/_________/________

ת.ז : ______________________________

שם הרופא המטפל: ___________________ קופת חולים: ______________________

שם המטפל בשילובים: ____

טלפון: ______________________________

כתובת מייל: ________________________

טלפון נוסף: ________________________

כתובת: ____________________________

• מרכז שילובים מוכר כספק של
קופת חולים וחברות הביטוח

מרכז שילובים: סניף כפר נטר - ההדרים 24 | **סניף רעננה** - שפינוזה 29
טל: 09-8823371 נייד: 054-3452370 shiloovim.office@gmail.com | www.shiloovim.com

שילובים
מרכז טיפול ויעוץ למשפחה

הסכם טיפול

אני ___________ החתום מטה, ת.ז. _________ כתובת:_________________

אני ___________ החתום מטה, ת.ז. _________ כתובת:_________________

מצהיר בזה, שאני נותן רשות למרכז שילובים, לתת לי / לנו טיפול רגשי / נפשי / זוגי / משפחתי / פסיכולוגי.

אני/ אני יודע/יודעים כי מרכז שילובים מתחייב לשמירת סודיות מקצועית ולא למסור שטם מידע לשום גורם ללא ידיעתי.

עלות הטיפול:_________

שם:_________________________ חתימה:_______________

שם:_________________________ חתימה:_______________

לשימוש המשרד

תאריך קבלה: _______________________________

תאריך אינטק: ___________________________

הסכם תשלום: כללית: ___ מאוחדת: ___פמי: ___פרטי: ___הדרכת הורים: ___אחר: ___

הערות:

____

____

שילובים
מרכז טיפול ויעוץ למשפחה

טופס ויתור סודיות

אני ______________________ ת.ז. ______________________

אני ______________________ ת.ז. ______________________

מאשרת בזאת ל ____________________________ (מרכז שילובים)

למסור ולקבל כל מידע בריאותי, התפתחותי, ונפשי, **אל ומאת** הגורמים הבאים:

____

____

____

הנני משחרר בזאת את כל הגורמים המצוינים למעלה, מחובת שמירת הסודיות הרפואית בכל הנוגע למצבי הבריאותי, ההתפתחותי והנפשי, ולא יהיו לי כל תביעה או טענה אליהם בקשר להנ"ל.

על החתום:

שם: ______________________ עד לחתימה: ______________________

מקום: ______________________ ת.ז: ______________________

תאריך: ______________________ חתימה: ______________________

• מרכז שילובים מוכר כספק של קופת חולים וחברות הביטוח

מרכז שילובים: סניף כפר נטר - ההדרים 24 | **סניף רעננה** - שפינוזה 29
טל: 09-8823371 נייד: 054-3452370 www.shiloovim.com | shiloovim.office@gmail.com

שילובים
מרכז טיפול ויעוץ למשפחה

טופס הסכמה לטיפול ע"י סטודנט ואישור צילום

אישור צילום

אני מאשר \ לא מאשר   לצלם את עבודותי ויצירותי במרכז שילובים ולהשתמש בתמונות לצרכי המרכז (למידה, אתר אינטרנט).

שם: ________________________ חתימה: ______________________ תאריך: ____________

הסכמה לטיפול ע"י סטודנט

אני הח"מ _____________________ ת.ז. ____________________

מסכים בזאת לכך שהטיפול יינתן ע"י סטודנט ל ___________________

בהתאם למטרות התוכנית הטיפולית שגובשה עבורי.
הוסבר לי שהמטפל/מטפלת מקבל הדרכות ע"י אנשי מקצוע מוסמכים, הן במסגרת לימודיו והן במכון "שילובים", המוכר כמכון המשמש להכשרת סטודנטים במקצועות הטיפול הריגשי.
ידוע לי שמתן הטיפול מותנה בהסכמתי.

על החתום:

________________________	________________________
ת.ז.	ת.ז.
________________________	________________________
חתימה	חתימה
________________________	________________________
תאריך חתימה	תאריך חתימה