

תאריך: _____

להורים שלום,

בנכם/בתכם הופנה לטיפול במכון "קדם". חשוב לי להביא לידיעתכם מספר פרטים חשובים:

- הטיפול נערך בחדר מאובזר ומותאם לצרכים המשתנים של הילד.
- כל ילד המגיע למכון מאובחן, ונבנית תכנית טיפולית ייחודית המותאמת לו ולמשפחתו. האבחון נערך בשניים-שלושה מפגשים ולאחריהם מתקיימת פגישת הורים בה מוצגים ממצאי האבחון ונקבעים מטרת הטיפול. בפנייה לטיפול רגשי תתקיים שיחת ההורים לפני ההיכרות עם הילד.
- הטיפול כולל ליווי והדרכת הורים כחלק בלתי נפרד מהתהליך הטיפולי.
- עלות טיפול- 300 ש"ח לפגישה ילד-מטפל במכון. התשלום מתבצע אחת לחודש עבור כל הפגישות שהתקיימו באותו החודש. כל פגישה נוספת מחויבת בתשלום (שיחות הורים, הדרכות צוות מקצועי וכו'). על כל פגישה שמתקיימת מחוץ למכון (גן/בית-ספר/בית) יגבה תשלום נוסף עבור נסיעות וזמן הנסיעות. **בפגישות האבחון, כולל שיחת ההורים, יש להסדיר את התשלום בסיום כל פגישה בנפרד.**
- חשובה מאוד הודעה על ביטול טיפול 24 שעות מראש, כדי שאוכל להתארגן בהתאם. טיפול שלא יבוטל יחויב בתשלום מלא.
- הטיפול מתקיים בשיתוף פעולה עם גורמים שונים: צוות חינוכי, טיפולי ורפואי, באישורכם ההורים ובידיעתכם בלבד. **במידה ועולה צורך**, יש למלא טופס ויתור על סודיות רפואית (מצ"ב בדף השני).
- בסיום התהליך הטיפולי יתקיים בהכרח תהליך פרידה וסיכום. בשיחה אתכם ההורים אמליץ על מספר המפגשים הנחוץ לשם כך.

יש להביא מסמך זה בצירוף עם טופס ויתור הסודיות (במידת הצורך) לפגישה הראשונה במכון.

שם הילד: _____ שם ההורה: _____ חתימת ההורה: _____

במקרה של הורים גרושים על שני בני הזוג לחתום על אישור זה:

שם ההורה: _____ ת.ז. ההורה: _____ חתימה: _____

תודה על שיתוף הפעולה,

חני סידס

מרפאה בעיסוק התפתחותית מ.ר 14-93985

תרפיסטית בתנועה M.A/פסיכותרפיסטית

תאריך: _____

ויתור על סודיות לשם קבלת מידע

אני הח"מ מאשר בזאת לחני סידיס, מרפאה בעיסוק התפתחותית, תרפיסטית בתנועה ופסיכותרפיסטית, העובדת במכון "קדם" חיפה, ליצור קשר עם:

שם איש המקצוע: _____

תפקיד: _____

סיבת הפנייה: _____

האישור כולל קבלה ו/או העברה של מידע רלוונטי לתהליך הטיפול אל איש המקצוע הרשום מעלה בלבד. הפניה אל הגורמים תעשה רק בהתאם לתוכן הפניה. כל האינפורמציה שתאסף תישמר חסויה וסודית.

שם הילד: _____

שם ההורה: _____ ת.ז. ההורה: _____ חתימה: _____

במקרה של הורים גרושים על שני בני הזוג לחתום על אישור זה:

שם ההורה: _____ ת.ז. ההורה: _____ חתימה: _____

חני סידיס

מרפאה בעיסוק התפתחותית מ.ר. 93985-14

תרפיסטית בתנועה M.A/פסיכותרפיסטית

מכון "קדם", חיפה