



מחלקת חינוך

מפת"ח – מרכז טיפולי קהילתי – המועצה המקומית קרני שומרון הברוש 30 - קרני שומרון 44853 טלפון 09-7929980 פקס: 09-7929982 mtc@zahav.net.il חוזה טיפולי לתושבי המועצה המקומית קדומים בלבד:

מפת"ח הינו מרכז טיפולי רב תחומי - הגישה המנחה היא גישה כוללנית, הרואה את מכלול המרכיבים הקשורים בילד ובמשפחתו. מטרתנו היא לאפשר לכם ולילדכם, קבלת הטיפול והתמיכה הטובים ביותר בכדי לאפשר תפקוד יעיל יותר, צמיחה והתפתחות. צוות המרכז שמח להעמיד לרשותכם את מיטב אנשי הצוות המוכרים על ידי משרד הבריאות ומקבלים הדרכות מקצועיות קבועות. אנו רואים בכם שותפים מלאים לתהליך מרגע הקבלה ועד לסיום הטיפול, ההתגייסות שלכם חשובה לשם השגת ההתקדמות הרצויה.

- מרכז מפת"ח פועל בחודשים ספטמבר – יולי. בימי חופשות ייערכו הטיפולים בתאום עם המטפל/ת.
- הטיפולים יינתנו באופן יחידני או קבוצתי, בהתאם לצורך שיקבע בסיכום עם ההורים/ביה"ס/גן ועל פי חוות דעתו של המטפל.
- טיפול מתקיים אחת לשבוע ביום ובשעה שנקבעו מראש ולמשך 45 דקות.
- חשוב לשמור על רצף טיפולי לשם השגת יעדי הטיפול.
- תהליך ההפניה והמיון של טיפולים בהבעה ויצירה מתנהל בשיתוף של פסיכולוגית קלינית במסגרת ישיבות צוות.
- הגעת הילד לטיפול בזמן והחזרתו הביתה בסיום הטיפול הינה באחריות ההורים בלבד!
- הטיפולים מתבצעים בתוך המרכז הטיפולי מפת"ח.
- באחריות ההורים להיות בקשר רצוף עם המטפל ולהגיע למפגשים הטיפולים ולמפגשי ההדרכה בתאום עם המטפל.

הסדרי תשלום:

- בכל פניה למפת"ח יש למלא: טופס קלט, שאלון לגננת/מחנכת ולחתום על החוזה הטיפולי.
- ללא הסדר תשלום מראש לא תהיה אפשרות לקבל טיפול (טופס 17 לחברי לאומית בלבד, הוראת קבע).
- דרישה להחזרים מקופות החולים עבור טיפולים תיעשה על ידי ההורים בלבד ובאחריותם.
- פגישות של ההורים עם המטפל הם חלק בלתי נפרד מהתהליך הטיפולי.
- כל מפגש הורים עם מטפל/ת כרוך בתשלום כעלות טיפול רגיל.
- היעדרות מפגישה טיפולית ללא הודעה 12 שעות מראש, תחויב בתשלום.



מחלקת חינוך

מפת"ח – מרכז טיפולי קהילתי – המועצה המקומית קרני שומרון
הברוש 30 - קרני שומרון 44853 טלפון 09-7929980 פקס : 09-7929982 mtc@zahav.net.il

המטפלות/ת זמין לפגישות עם הצוות החינוכי על פי הצורך (עד 2 פגישות בשנה ללא עלות נוספת). פגישה נוספת כרוכה בתשלום (כעלות פגישה טיפולית).

עלויות:

- ✓ מפגש אינטייק לפני טיפול בריפוי בעיסוק/קלינאית תקשורת/פיזיותרפיה - 200 ₪
- ✓ טיפול בריפוי בעיסוק/קלינאית תקשורת/פיזיותרפיה – קופ"ח מכבי, מאוחדת וכללית – 180 ₪ לפגישה.
- ✓ טיפול בריפוי בעיסוק/קלינאית תקשורת/פיזיותרפיה – קופ"ח לאומית אבחונים וטיפולים – טופסי 17 .
- ✓ אבחון ריפוי בעיסוק וקלינאית תקשורת (עד 3 מפגשים): 210 ₪ לפגישה.
- ✓ טיפול רגשי בהבעה ויצירה – 230 ₪ לפגישה.
- ✓ הדרכת הורים/טיפול זוגי/משפחתי - 250 ₪ לפגישה.

בהצלחה!

יעל פוגל, מנהלת מפת"ח והצוות.

הריני מתחייב/ת כי קראתי בעיון את החוזה ואני מסכים/מסכימה לנאמר בו:

שם האב: _____ חתימה: _____ שם האם: _____ חתימה: _____
תאריך: _____



מחלקת חינוך

מפת"ח - מרכז טיפולי קהילתי - המועצה המקומית קרני שומרון
הברוש 30 - קרני שומרון 44853 טלפון 09-7929980 פקס : 09-7929982 mtc@zahav.net.il

שאלון להורים עבור ילד המופנה לקבלת טיפול

תאריך מילוי השאלון: _____

שם הילד/ה: _____ שם משפחה: _____

תאריך לידה (לועזי): _____ גיל: _____ מס' תעודת זהות של הילד (חובה): _____

קופת חולים: _____ כמות טיפולים שאושרו: _____

כתובת מגורים (מלאה): _____ טל' בית: _____

דוא"ל: _____

שם ההורה	תאריך לידה	עיסוק	טל' עבודה	נייד

מצב משפחתי: נשואים/גרושים/ פרודים/ אחר.

מספר הילדים במשפחה: _____ מיקום הילד/ה: _____

מספר	שם האח/ות	גיל	מסגרת חינוכית/עיסוק	האם מתמודד בהווה או התמודד בעבר עם קשיים דומים או אחרים, נא לפרט.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

שם הגן: _____ שם הגנת: _____

שם בית הספר: _____ שם המחנך/כת: _____ עולה לכיתה/בכיתה: _____

גורם מפנה למפת"ח: _____

סיבת הפניה: _____

לאיזה תחום טיפול/לימוד הילד/ה הופנה/הופנתה (הקף בעיגול):

טיפול בעיסוק/קלינאית תקשורת/פיזיותרפיה/ טיפול רגשי בהבעה ויצירה/ הדרכת הורים/טיפול משפחתי.



מחלקת חינוך

מפת"ח – מרכז טיפולי קהילתי – המועצה המקומית קרני שומרון
הברוש 30 - קרני שומרון 44853 טלפון 09-7929980 פקס : 09-7929982 mtc@zahav.net.il

האם טופל/ה בעבר או מטופל/ת כיום, באיזה תחום?
באיזו מסגרת? מתי? שם המטפל/ת:
האם המשפחה מטופלת ברווחה או במסגרת אחרת: שם המטפל/ת:
האם עבר/ה אבחון כלשהו בעבר: מתי ובאיזו מסגרת:

חובה לצרף צותק fe אהחוניט שנצרכו הצבר או fe סיכומי טיפול רלוונטיים ככל התחומים!!!

האם חלו אירועים או מעברים בעלי משמעות בחייו/בחייה של הילד/ה (למשל: מעבר דירה/ פרידה/ מוות):

מצב בריאות הילד/ה: האם סובל/ת ממחלה כרונית כלשהי:
אלרגיות: האם היו אשפוזים ממושכים?
האם סבל/ סובל מדלקות אוזניים? במידה וכן, האם טופל ע"י אנטיביוטיקה/ניתוח כפתורים/אחר
האם לוקח/ת תרופות באופן קבוע: שם התרופה: מינון: ממת: ממת:
האם ההריון והלידה היו תקינים: אם לא, פרטי:
האם השיגה/ה את אבני הדרך ההתפתחותיות בזמן (זחילה, ישיבה, הליכה):

באיזה גיל התחיל/ה לדבר מילים ראשונות: האם יש קשיים בהבעה בעל פה:
האם יש בעיות קול (צרידות, טון דיבור): האם יש בעיות היגוי:
האם יש גמגום: קשיים בתקשורת:
האם מדברים בבית שפה נוספת: איזו:

* מתי נערכה בדיקת שמיעה אחרונה: תקין/לא תקין(תוצאות)

מתי נערכה בדיקת ראייה אחרונה: תקין/לא תקין(תוצאות)

(*במידה ולא עבר בדיקת שמיעה והוא מיועד לטיפול אצל קלינאית יש לבצע בדיקה בהקדם ולצרף את התוצאות)



מחלקת חינוך

מפת"ח – מרכז טיפולי קהילתי – המועצה המקומית קרני שומרון
הברוש 30 - קרני שומרון 44853 טלפון 09-7929980 פקס : 09-7929982 mtc@zahav.net.il

עצמאות בתפקודי יום יום: לבוש _____ רחצה: _____ שירותים: _____

אכילה (גיוון במאכלים, שימוש בכלים, ניקיון): _____

האם מצליח/ה להתארגן בזמן העומד לרשותו/תה: _____

התארגנות במרחב (האם נתקל בחפצים, האם רוכב על אופניים, כיצד מסתדר בגן שעשועים ועוד): _____

התמודדות עם מעברים (מפעילות לפעילות, יציאה מהשגרה, מעבר ממסגרת חינוכית אחת לשניה): _____

איך מגיב לפרידה מההורים? _____

הישגים לימודיים: _____

הכנת שיעורי הבית: _____

יכולת מילוי הוראות: _____

יכולת לעבוד באופן עצמאי במשימות תואמות גיל: _____

האם יש קושי להתמיד בפעילות לאורך זמן: _____

האם יש בעיות התנהגותיות במסגרת החינוכית: _____

האם יש נטייה למצבי רוח משתנים לעיתים קרובות: _____

האם סובל/ת מפחדים/חרדות, אם כן, נא לפרט: _____

האם מרטיב/ה בלילה: _____ האם ישן במיטתו? _____

האם קיים קושי להירדם? _____ האם השינה הנה רציפה? _____

הקשר עם בני המשפחה: _____

הקשר עם חברים: _____

האם מעוניין/מעוניינת או חושש/ת מהתנסויות חדשות: _____

האם מגלה רגישות לרעש, כאב, מגע, תנועה: _____

מה אוהב לעשות בשעות הפנאי: _____

באילו חוגים משתתף/משתתפת: _____



מחלקת חינוך

מפת"ח – מרכז טיפולי קהילתי – המועצה המקומית קרני שומרון

הברוש 30 - קרני שומרון 44853 טלפון 09-7929980 פקס : 09-7929982 mtc@zahav.net.il
האם יש לילד/ה כישורים מיוחדים?

האם לילד/ה יש הרגלים או התנהגויות הראויות לציון:

מהן הציפיות שלכם מהמסגרת הטיפולית:

ימי ושעות הטיפול המועדפים (יש להקיף את כל האפשרויות):

הקיפו את טווח השעות המועדף: 8:00-12:00, 13:00-16:00, 16:00-19:00

הקיפו את ימי השבוע המועדפים: א, ב, ג, ד, ה, ו

אנו נשתדל כמיטב יכולתנו להתחשב בהעדפותיכם, אך איננו יכולים להתחייב שהדבר יתאפשר.

הערות נוספות:

חובה לצרף צותק fe אבחוניט שנצרכו בצבר או fe סיכומי טיפול רלוונטיים ככל התחומים!!!

שם ממלא השאלון: _____ חתימה: _____

הסכמה לקבלת טיפול במרכז הטיפולי מפת"ח

אנו הורי הילד/ה _____ מאשרים לצוות הטיפולי במפת"ח

לטפל בילד/ה, למסור ולקבל מידע מ/ל צוות חינוכי טיפולי בגן או בבית הספר וגורמים טיפוליים אחרים כמו: שרות

פסיכולוגי, רווחה, מת"א, מפת"ח, קופ"ח ועוד.

בחתימתנו להלן יש לראות ויתור על סודיות לצרכים הטיפוליים בלבד ולקידום הטיפול של ילדי.

הערות: _____

שם האם: _____ חתימה: _____

שם האב: _____ חתימה: _____

תאריך: _____

תודה על שיתוף הפעולה!

צוות מפת"ח



מחלקת חינוך

מפת"ח - מרכז טיפולי קהילתי- המועצה המקומית קרני שומרון
הברוש 30 - קרני שומרון 44853 טלפון 09-7929980 פקס : 09-7929982 mtc@zahav.net.il

אורחים שלום!
להחתיים את הבנק ולהחזיר אתי, אלה

הוראה לחיוב חשבון

לכבוד

קוד מסלוקה		סוג חשבון	מספר חשבון בבנק
בנק	סניף		
קוד המוסד		אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח	
29919			

בנק:
סניף:
כתובת הסניף:

1. אני והח"מ

שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק מספר ת.זהות/ח.פ.

כתובת ומס' בית עיר/ישוב מיקוד טלפון

נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפיכם בגין פעילות חוגית/חוגי המתב"ס

בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או רשימות ע"י מועצה מקומית קרני שומרון- מפת"ח כמפורט מטה בפרטי הרשאה

2. ידוע לילנו כי:

- א. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ול מועצה מקומית קרני שומרון- מפת"ח שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
- ב. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תמסר על ידינו לבנק בכתב לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
- ג. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב אם אוכיח/נוכיח לבנק כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב הרשאה אם נקבעו.
3. ידוע לילנו כי הפרטים שציינו בכתב הרשאה ומילויים הם נושאים שעל/ילנו להסדיר עם המוטב.
4. ידוע לילנו כי סכומי החיוב עפ"י הרשאה זו יזיפו בדפי החשבון וכי לא תישלח לילנו ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.
6. הבנק רשאי להוציא/ינו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה אם תהיה לו סיבה סבירה לכך ויודיע לילנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
7. נא לאשר ל מועצה מקומית קרני שומרון- מפת"ח בספח המחובר לזה קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

פרטי הרשאה

1. סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י מועצה מקומית קרני שומרון- מפת"ח עפ"י העקרונות לקביעתם: כתב התחייבות.
2. ידוע לילנו כי התחייבות זו היא רב שנתית ולא יהיה צורך בחתימתי על כתב הרשאה זה בעתיד.

חתימת בעל/י החשבון

אישור הבנק

לכבוד

קוד מסלוקה		סוג חשבון	מספר חשבון בבנק
בנק	סניף		
קוד המוסד		אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח	
29919			

מועצה מקומית קרני שומרון- מפת"ח
שם המוטב
ר"ח הברוש 30
כתובת
גינת שומרון
עיר/ישוב

קבלנו הוראות מ _____ לכבוד חיובים בסכומים ובמועדים שזיפו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/ם בבנק יהיה נקוב בהם והכל בהתאם למפורט בכתב הרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב די על ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצא/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידכם.

בכבוד רב, בנק:

סניף:

תאריך

אזני צבוק אנארים

מפת"ח - מרכז פיתוח תמיכה חינוכית

רח' הברוש 30, גינת שומרון 44853 טלפון: 09-7929980 פקס: 09-7929982

mtc@kameishomron.co.il





מחלקת חינוך

מפת"ח – מרכז טיפולי קהילתי – המועצה המקומית קרני שומרון
הברוש 30 - קרני שומרון 44853 טלפון 09-7929980 פקס : 09-7929982 mtc@zahav.net.il

פניה לאבחון וטיפול של קלינאית תקשורת:

שמיעה תקינה חיונית להתפתחות השפה והדיבור של הילד וכן להתפתחותו הרגשית והחברתית. בדיקת שמיעה הינה בסיס לתחילת טיפול של קלינאית תקשורת כדי להבטיח תנאי שמיעה הכרחיים לקליטת השפה והדיבור.

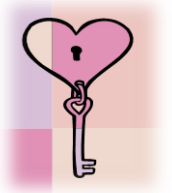
לכן בכדי שנוכל לתת לכם את השרות והטיפול המקצועי ביותר, אנא שימו לב:

- בכל פניה לאבחון ו/או טיפול של קלינאית תקשורת יש לבצע בדיקת שמיעה ולהביא עותק מתוצאותיה לקלינאית התקשורת או להביא עותק של תוצאות בדיקת שמיעה עדכנית עד חצי שנה.
- הבאת תוצאות בדיקת שמיעה עבור טיפול של קלינאית תקשורת הינו תנאי הכרחי בכדי להתחיל תהליך טיפולי.

בדיקת שמיעה ניתן לבצע בכל מכון שמיעה העובד בהסדר עם קופות החולים. לכל בדיקת שמיעה יש לפנות עם הפנייה של רופא הילדים המטפל. מצורפת הפניה לרופא הילדים על מנת לקדם את התהליך.

בהצלחה!

יעל פוגל, מנהלת מפת"ח
צוות קלינאיות התקשורת
מרכז טיפולי מפת"ח
קרני שומרון



מחלקת חינוך

מפת"ח – מרכז טיפולי קהילתי – המועצה המקומית קרני שומרון
הברוש 30 - קרני שומרון 44853 טלפון 09-7929980 פקס : 09-7929982 mtc@zahav.net.il

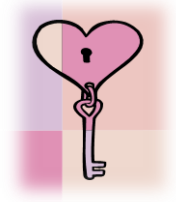
אל רופא הילדים המטפל,

הילד/ה _____ הופנה/הופנתה לקבלת טיפול של קלינאית תקשורת במרכז
הטיפול מפת"ח בקרני שומרון.

אנו מבקשים להפנות את הילד לבדיקת שמיעה לפני תחילת הטיפול ולהביא את תוצאותיה לקלינאית
התקשורת במפתח.

בברכה,

יעל פוגל, מנהלת מפת"ח
צוות קלינאיות תקשורת
מרכז טיפולי קהילתי מפת"ח
קרני שומרון



מחלקת חינוך

מפת"ח – מרכז טיפולי קהילתי – המועצה המקומית קרני שומרון
הברוש 30 - קרני שומרון 44853 טלפון 09-7929980 פקס : 09-7929982 mtc@zahav.net.il

תאריך: _____

שאלון עבור אבחון/טיפול של קלינאית תקשורת

למורה שלום!

על מנת לקבל את תמונה מקיפה על הילד/ה שמופנה אלינו לאבחון או לטיפול, נודה לך אם תמלא/י שאלון זה.

שם הילד/ה: _____ תאריך לידה: _____
מסגרת חינוכית: _____ כיתה: _____
שם המורה: _____ טלפון: _____

העריכי את יכולותיו של הילד/ה בכל אחד מהתחומים הבאים:

שפה (אוצר מילים, מבנה משפט, דקדוק, הבנת השפה המדוברת, הבעת רעיונות) _____

היגוי (השמטה של הגאים או חלקי מילים, החלפה של הגאים) _____

קול (קול חלש, קול צרוד, צעקני) _____

שטף הדיבור (גמגום, דיבור איטי, דיבור מהיר) _____



מחלקת חינוך

מפת"ח – מרכז טיפולי קהילתי – המועצה המקומית קרני שומרון
הברוש 30 - קרני שומרון 44853 טלפון 09-7929980 פקס : 09-7929982 mtc@zahav.net.il

שמיעה _____

קריאה _____

הבנת הנקרא _____

כתיבה _____

חשבון _____

השתתפות בשיחה ויכולת מילולית _____

פעילות חברתית _____

יכולת קשב וריכוז _____

התנהגות _____

האם לילד בעיות רפואיות כלשהן? _____

האם הילד עבר אבחונים נוספים? _____

האם הילד מקבל טיפולים נוספים? _____

הערות _____

תודה על שיתוף הפעולה
צוות המרכז הטיפולי
מפת"ח