שלום

אנו שמחים שבחרת לקבל טיפול פיזיותרפיה במסגרת מכון מדיפר.

צוות המכון שלנו מונה מטפלים עם מיומנויות במגוון תחומי טיפול.

במהלך הטיפול הראשון תעבור הערכה עם הפיזיותרפיסט המטפל ותותאם לך תכנית טיפול. התוכנית תהיה מבוססת הן על המלצת הרופא, מידע המופיע במסמכים הרפואיים, צילומים ותוצאות בדיקות אחרות שברשותך, וכמובן ההערכה שצוינה לעיל.

**חשוב לדעת ולזכור**

* חשוב להבין שלעיתים כאב/מגבלה במקום אחד עלול להיגרם מהקרנה ממקום אחר, ולכן הפיזיותרפיסט בעת ההערכה יתייחס לגוף כולו.
* טיפול בפיזיותרפיה מחייב חשיפה של איבר המטופל וסביבתו. בכדי לשמור על פרטיות ונוחות מרבית מומלץ להצטייד בבגדים מתאימים לתרגול ולמגע באיבר המיועד.
* ברוב המקרים הטיפול כרוך במגע יד בגוף המטופל/ת
* שיתוף פעולה מלא בין המטופל למטפל חשובה מאוד, לכן מחובת המטפל לחזור ולהסביר את הטכניקות שמבצע או מדריך את המטופל לבצען. מחובת המטופל אם מרגיש שטכניקה, מגע, מנח או משהו נוסף לא נעימים לו ו/או יוצרים תחושה לא נעימה - עליו לידע את המטפל על מנת שישנה טיפול.
* רוב הטיפולים מתקיימים בתדירות של פעם/פעמיים בשבוע, ולעיתים בהמשך אף מרווח גדול יותר. משך כל טיפול ייקבע בהתאם לשיקול דעתו המקצועי של המטפל. הטיפול, לרוב, כולל תרגול עצמי המלווה לעיתים הדרכה ובקרה לא צמודה.
* משך סדרת טיפול נקבע בהתאם לבעיה שבגינה הופנית ,על פי שיקול דעת מקצועי. ובמסגרת הנהלים וסל השירותים של הקופה המפנה.
* במכון יש ציוד חשמלי ומכשירים המחייבים השגחת פיזיותרפיסט. אין לעלות או להשתמש במכשור באופן עצמאי.
* אנו מבקשים להימנע מביצוע שיחות טלפון במהלך השהות במכון.
* אנו ממליצים לא להגיע עם ילדים קטנים הזקוקים להשגחה.
* זכותך להיכנס לבדיקה/טיפול עם מלווה מטעמך.
* מבוטח בגילאי 14-18 חייב להגיע לבדיקה הראשונית עם הורה או מלווה בגיר מטעמו, ויכול להגיע לטיפול חוזר עצמאית, רק אם הוריו נתנו הסכמה לכך בכתב.
* המידע הטיפולי מוקלד ונסרק, ויועבר לקופה לבקשתה, ובהתאם לנהליה.

**במה תוכל/י לעזור?**

* מצבי אי הופעה לטיפול בשל אי יכולת להגיע, או ביטול בהתראה קצרה מכבידים מאוד הן על רשימת ממתינים והן על הפיזיותרפיסט שאינו מתוגמל. אנא הודע על ביטול תור 24 שעות מראש.
* חשוב מאוד לידע את הפיזיותרפיסט המטפל אם חל שינוי במצבך הבריאותי.
* הטיפול בפיזיותרפיה כולל הדרכה לביצוע תרגול ביתי.  
  **חשוב לזכור כי הצלחת הטיפול מותנית לרוב בהקפדה על ביצוע תרגול זה.**

**אנו מודים על הבנתך ועל שיתוף הפעולה.**

**מבקשים את חתימתך המאשרת את הסכמתך לתנאים אלו.**

שם מלא \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_