



RETORNO
ר ט ו ר נ ו

תאריך: _____

טופס ויתור סודיות

אנו, הורי הנערה _____ ת.ז. _____ תאריך לידה _____
המטופל במסגרת קהילת הנוער רטורנו, מאשרים בזאת להעביר את עובדת הימצאותו של
בננו/בתנו בקהילת הנוער רטורנו ומאשרים כל עריכת אבחון דידקטי/פסיכו-דידקטי וכן
דיווח אודותיו היכול לסייע לו במסגרת הלימודים.

שם ההורה: _____

ת.ז. _____

חתימה: _____



RETORNO
ר ט ו ר נ ו

תאריך: _____

קהילת הנוער רטורנו נמצאת בקשרים טובים עם גורמי הצבא, זאת על מנת לעזור לנערים הרוצים בכך להתגייס בסיום כל תקופת הטיפול. חלק מהנערים נמצאים בסטאטוס של נפקדים עקב אי-הופעתם לצו התייצבות ללשכת גיוס (בד"כ צו ראשון או שני) ולאחר הודעה שלנו לגורמי הצבא הם יוצאים מסטאטוס זה כל עוד הם בטיפול ברטורנו.
הערה: אין בכך הבטחה כי הנער יתגייס בסיום טיפול, זוהי החלטת הצבא בלבד!

* * *

עבר;

רטורנו- קהילת הנוער לטיפול בהתמכרויות

טופס ויתור סודיות

אני _____ ת.ז. _____, מוותר בזאת על סודיות בנוגע להימצאותי ברטורנו ומאשר לקהילת הנוער "רטורנו" לדווח לצה"ל, ואך ורק לצה"ל, על היותי מטופל ברטורנו, קהילת הנוער לטיפול בהתמכרויות.

חתימה

לנוער

אנו, הורי הנערה/ה _____ ת.ז. _____, תאריך לידה _____ המטופל במסגרת קהילת הנוער רטורנו, מאשרים בזאת להעביר את עובדת הימצאותו של בננו/בתנו בקהילת הנוער רטורנו לידי צה"ל ואך ורק לידי צה"ל.

שם האם: _____

ת.ז. _____

חתימה: _____

שם האב: _____

ת.ז. _____

חתימה: _____

טופס קבלה רפואית

תאריך: _____

שם משפחה ושם פרטי: _____

מספר ת.ז: _____

- בדיקות דם
- א.ק.ג.
- צילום חזה
- מכתב החתום ע"י רופא המטפל ע"י קופ"ח על מצב בריאותי
- חתימה על טופס הצהרת בריאות.
- כרטיס קופת חולים
- במידה וישנו טיפול תרופתי יש להביא מרשם או תרופות לפחות לחודש ימים.

הערות: _____

אישור קבלה רפואית

חתימה של רופא כללי
תאריך: _____

חתימה של רופא פסיכיאטר
תאריך: _____

בס"ד

תאריך: _____

חוזה כספי לטיפול ב"רטורנו" – נוער פרטי

בין:

שם המטופל: _____ ת.ז.: _____

כתובת: _____

טלפון: _____ נייד: _____

לבין:

עמותת "רטורנו" המרכז הפסיכוכינוכי בגבעת שמש.

בתאריך: _____ במשרד הנהלת עמותת "רטורנו".

מכיוון שהמטופל _____ ומשפחתו הביעו את רצונם שהמטופל יעבור טיפול במוסד "רטורנו" ומוסד "רטורנו" הסכים לקבלו לטיפול.

הוסכם כדלקמן:

1. ביום תחילת הטיפול יופקדו 12 צ'קים על סך _____ שו כל אחד ל 12 חודשי הטיפול. יום פירעון הצ'קים הינו היום בו נכנס המטופל לטיפול.
2. במידה ומסיבה כל שהיא יעזוב המטופל בתוך השבועיים הראשונים מיום תחילת הטיפול יוחזר למשפחה מחצית מסכום הצ'ק הראשון. במידה ויעזוב לאחר מכן, במועד מאוחר יותר לא יוחזר הכסף בעבור החודש הראשון של הטיפול.
3. מהתשלום השני ואילך מבחינה ממונית יום אחד בחודש יחשב כחודש מלא אשר בו לא יוחזר הכסף במידה ויעזוב את הטיפול.
4. התשלום כולל תוכנית שיקומית, מגורים. כלכלה, שירותי כביסה ולימודים בבית הספר במקום.

5. תשלום נוסף הינו קופה קטנה השייכת למטופל ואשר ממנה יוצא הכסף לטובת דברי סדקית ונסיעות. כסף זה יופקד בנפרד במשרדי ההנהלה עבור המטופל.
6. תשלומים חריגים אשר אינם מכוסים הינם נסיעות חריגות, טיפול רפואי חריג כולל שיניים ותרופות אשר אינן בסל התרופות של קופת החולים לצורך זה תושאר קופה קטנה לזכות המטופל.
7. במקרה של טיפול אצל רופא חיצוני שאינו הרופא של "רטורנו" או קניית תרופות אשר בל יחויב המטופל בהשתתפות הנהוגה באותה קופה אליה משתייך ומפונה.
8. למטופל לא יינתן כל מסמך או המלצה המעידים על שהותו במוסד לכל גורם שהוא אלא אם כן סיים את תקופת הטיפול או לחילופין על פי החלטת המנהל הטיפולי של הקהילה אליה משתייך.
9. במידה ולא יוסדר התשלום עבור הטיפול השוטף כפי שנקבע לעיל שומרת לעצמה "רטורנו" את הזכות להפסיק את הטיפול מיידית עד שיוסדר התשלום.
10. במידה והמטופל היינו במיטת רווחה לא ישמר המקום בעת עזיבתו או בעת אי תשלום, ויועבר למטופל אחר, והמטופל יכנס לרשימת המתנה.

קראתי והבנתי את הכתוב במסמך זה,
ולראייה באו הצדדים על החתום

משפחת המטופל/
המטופל

"רטורנו"

רטורנו
- קהילת הנוער -

תאריך כניסה: _____



טופס פניה לטיפול

שם: _____ ת.ז: _____ ת. לידה: _____

כתובת: _____

טלפון: _____ נייד אבא: _____ נייד אמא: _____

קופת חולים של הנער/ה: _____ יש כרטיס מגנטי: לא/ כן

הנני מצהיר בזאת שפניתי ל"רטורנו" מרצוני החופשי.
אני מעוניין לקבל אצלכם אבחון, יעוץ וטיפול.
אני מתחייב לעמוד בדרישות המקום.

_____ חתימת הנער/ה

_____ נחתם בפני (שם ותפקיד)

לנוער

שם האב: _____ ת.ז. _____

שם האם: _____ ת.ז. _____

_____ כתובת (אם שונה מהנ"ל)

הננו נותנים בזאת את הסכמתנו לכך שבננו/ בתנו _____ יתקבל לטיפול במרכז "רטורנו". אנו מתחייבים לעמוד בדרישות המקום.

_____ חתימת ההורים:

_____ חתימת האם

_____ חתימת האב

טופס קבלה רפואית

תאריך: _____

שם משפחה ושם פרטי: _____

מספר ת.ז: _____

- בדיקות דם
- א.ק.ג.
- צילום חזה
- מכתב החתום ע"י רופא המטפל ע"י קופ"ח על מצב בריאותי
- חתימה על טופס הצהרת בריאות.
- כרטיס קופת חולים
- במידה וישנו טיפול תרופתי יש להביא מרשם או תרופות לפחות לחודש ימים.

הערות: _____

אישור קבלה רפואית

חתימה של רופא כללי
תאריך: _____

חתימה של רופא פסיכיאטר
תאריך: _____

טופס פניה לטיפול

שם: _____ שם משפחה: _____ ת.ז.: _____
ת. לידה: _____ כתובת: _____
טלפון: _____ נייד אבא: _____ נייד אמא: _____
קופת חולים של הנוער/ה: _____ יש כרטיס מגנטי: לא/ כן יש תעודת זהות: לא/ כן

הנני מצהיר בזאת שפניתי ל"רטורנו" מרצוני החופשי.
אני מעוניין לקבל אצלכם אבחון, ייעוץ וטיפול.
אני מתחייב לעמוד בדרישות המקום.

_____ חתימת הנוער/ה

_____ נחתם בפני (שם ותפקיד)

לנוער

שם האב: _____ ת.ז. _____

שם האם: _____ ת.ז. _____

כתובת (אם שונה מהני"ל) _____

הננו נותנים בזאת את הסכמתנו לכך שבננו / בתנו _____ יתקבל לטיפול במרכז "רטורנו".
אנו מתחייבים לעמוד בדרישות המקום.

_____ חתימת האם

_____ חתימת האב חתימת ההורים:



RETORNO
רטרנו®

תאריך: _____

עבור: _____

טופס ויתור סודיות

אני _____ ת.ז. _____, מוותר בזאת על סודיות רפואית/אחרת ומאשר למרכז "רטרנו" לקבל כל מידע רפואי / אחר מסווג הנוגע אלי ומבקש לשלוח את החומר הנדרש ישירות למרכז "רטרנו".

_____ חתימה

לנוער

אנו הורי הנער/ה _____ מוותרים בזאת על סודיות רפואית/ פסיכיאטרית / אחרת ומאשרים למרכז "רטרנו" לקבל כל מידע רפואי/ פסיכיאטרי/ אחר מסווג הנוגע לבננו /בתנו ומבקשים לשלוח את החומר הנדרש ישירות למרכז "רטרנו"

שם האב: _____

ת.ז. _____

חתימה: _____

שם האם: _____

ת.ז. _____

חתימה: _____



הסכם ציוד

הנני נותן את הסכמתי לכך שבמידה בני / בתי יברחו מהקהילה, או יעזוב את הקהילה ללא אישור של איש צוות, אין לי כל טענה על הציוד האישי שיישאר במקום ושילך לאיבוד.
כמו כן במידה שבני / בתי יורחקו מהקהילה בגלל התנהגות חריגה גם אז אין לי טענה על הציוד האישי שיישאר כאן.

חתימת הורים: _____

תאריך קבלה: _____

שם: _____

קבלה לקהילה טיפולית רטורנו



התנהגות במרכז:

על המטופלים ב"רטורנו" לנהוג על-פי הנהלים והכללים המקובלים בשירותים טיפולים כדלקמן:

1. אין לעזוב את המקום ללא רשות.
2. חל איסור מוחלט על שימוש באלימות פיזית ומילולית.
3. חל איסור מוחלט על אחזקה ו/או שימוש בסמים ואלכוהול.
4. חל איסור מוחלט על קיום יחסי מין או מגע מיני כלשהו.
5. יש להישמע להוראות צוות הטיפול.
6. יש לקבל אישור לכל פעילות שאינה בסדר היום.
7. יש להגיע לפעילות בהופעה מסודרת ונקייה.
8. חל איסור מוחלט להחזיק כסף, פלאפון, וסיגריות. בתחילת הטיפול כל אלו ימסרו למדריך תורן. נא לציין אילו דברי ערך ברשותך שברצונך להשאיר (באחריותך בלבד) מותר להחזיק רק סיגריות של הקהילה הנמסרות ע"י הצוות בימים א,ג,ה.
9. חל איסור מוחלט על החזקת תרופות כלשהן, במידה ורופא קבע שיש צורך בנטילת תרופות, יש למסור אותן לצוות והמדריך התורן ידאג לספק את התרופות לפי ההוראות.
10. חל איסור מוחלט על כניסה למשרד ללא רשות.
11. על כל מטופל לקחת חלק בתחזוקת המרכז.
12. יש לשמור על הניקיון.
13. ביקור המשפחה רק בימים המיועדים לכך.
14. יש לשמור על כללי תרבות ודיבור.

כמו כן, במצב של אי שיתוף פעולה מצד המטופל ו/או משפחתו, הפרה של כללי המקום בבית או בזמן הביקורים או במקרה של אי עמידה בהתחייבויות הכספיות, תיבחן שוב ההתאמה לטיפול.

במידה ואחת התקנות האלה תופר- תינתן תוצאה בהתאם ובמקרה של הפרה חמורה, תיבחן שוב ההתאמה לטיפול.

▪ **דף סיכום יום-**

בסוף כל יום על המטופל למלא דף סיכום יום ובו סיכום אירועי היום ולהגישו לצוות.

▪ **טופס בקשה-**

כל בקשה יש להגיש על גבי "טופס בקשה", זו תובא בפני הצוות והחלטה תימסר למטופל. אם הבקשה דחופה, יש לציין זאת על גבי טופס נוהל חריג. הבקשות ייענו בימים הקבועים ע"פ הצוות.

▪ **ביקורים-**

בני המשפחה יכולים לבקר (באישור) פעם בשבוע, בימי רביעי בין השעות 15:00-17:00 בשטח המיועד לביקורים בלבד!
הביקור הראשון- שבועיים לאחר הכניסה למרכז. כל ביקור אחר מחייב אישור.
שבועיים ראשונים הינם בקורי הורים בלבד.
ממתקים ושאר החפצים אשר יובאו לפני הביקור חייבים למשרד הצוות ולאחר בדיקה ימסרו למטופל או לקבוצה.

▪ **חופשות-**

יציאה טיפולית ראשונה תינתן לאחר כחודשיים של שהייה במרכז. בקשה ליציאה תוגש על גבי טופס. המשך היציאות ישקלו בהתאם למצב הטיפולי ובהתאם להתנהגות ביציאות הקודמות.

▪ **טלפונים-**

הקשר הטלפוני עם המשפחה יעשה פעם בשבוע ביום ו'.
זמן השיחה: בארץ 10 דקות, לחו"ל 20 דקות.

▪ **מצב משפטי-**

המטופל ומשפחתו מתחייבים להמציא לצוות "רטורנו" מידע עדכני בדבר מצבו המשפטי של המטופל, כולל פרוטוקול ישיבות, תאריך דיון, קשר עם קציני מבחן וקשר עם עו"ד.

◀ **מצד הצוות המטפל:**

אנו מתחייבים לעשות כמיטב יכולתנו להגיש טיפול מקצועי מסור, וכמו כן מתחייבים לשמור על כללי הסודיות.
אני מאשר בזה שקראתי את הכללים, הבנתי אותם ואני מתחייב לעמוד בדרישות אני חותם מתוך הסכמה מלאה ובחירה חופשית.

חתימת איש צוות

חתימת ההורים

חתימת המטופל

תפקיד: _____



RETORNO
רטרנו®

טופס קבלה רפואית

תאריך: _____
שם פרטי: _____ שם משפחה: _____
מספר ת.ז.: _____

- בדיקות דם
- א.ק.ג.
- צילום חזה
- מכתב החתום ע"י רופא מטפל ע"י הקופ"ח על מצב בריאותי
- חתימה על טופס הצהרה בריאותית
- כרטיס קופת חולים
- במידה ויש טיפול תרופתי יש להביא מרשם או תרופות לפחות לחודש ימים

בדיקה רפואית

יש להשלים: _____

אישור קבלה רפואית

חתימה של רופא כללי

תאריך: _____

חתימה של רופא פסיכיאטר

תאריך: _____



רשימת מסמכים וציוד נחוץ לבית הספר

במסגרת סדר היום בקהילה מתקיימים לימודים בין השעות 00:14-00:09 מידי יום.

הלימודים בקהילה נועדו להשלמת השכלה, לצבירת הצלחות ולהכנה להשתלבות

מחודשת בסוף תקופת הטיפול.

קיימים מסלולי לימוד שונים ומגוון מקצועות לימוד. עבור כל אחד מהנערים נבנית תוכנית לימודים אישית בהתאם לצרכים ולתחומי העניין שלו. תוכנית הלימודים כוללת גם שיעורי העשרה כגון: רכיבה על סוסים, אומנות, גיטרה, ספורט, צילום וכי'.

על מנת להתאים את התוכנית לבנכם/בתכם או מבקשים להצטייד בדברים הבאים:

א. תעודות ומסמכים:

- תעודת גמר אחרונה (של כיתת הלימוד האחרונה בה למד/ה בבי"ס)
- אבחון דידקטי/פסיכו דידיקטי (איתור לקויות וקשיי למידה והמלצות דרכי היבחנות)
- דוח לימודי מטעם מחנך או יועץ בביה"ס האחרון בו למד, הכולל פירוט המקצועות שנלמדו והערכה מילולית לגבי המצב בכל אחד מהמקצועות, כולל מסי' טלפון של איש הקשר.
- ציוני בחינות בגרות/בחינות פנימיות.

ב. עזרי למידה:

- ספרי לימוד ומחברות בהם למד.
- מחשבון מדעי, מילון אנגלי-עברי/מילונית אלקטרונית
- כלי כתיבה ומחברות/קלסרים

הגעה מסודרת עם כל האמור תאפשר קליטה והשתלבות טובה ומותאמת יותר.

אני מזמינה אתכם להתעדכן בהמשך בתוכניתו הלימודית של בנכם/בתכם ובהתקדמותו מול מחנך/ת הקבוצה.

אנא ודאו כי חתמתם על טופס ויתור סודיות לטובת השתתפות בנכם/בתכם בשיעורי רכיבה על סוסים ועריכת אבחון לימודי.

בברכה,

מירי שימנה

רכזת ביה"ס



רשימת ציוד הנחוצה לקליטה

ביגוד

- כיפה
- טלית + תפילין
- מכנסיים קצרים , לבנות - חצאיות
- מכנסיים ארוכות
- חולצות שרוול קצר
- חולצות שרוול ארוך
- טרנינגים
- נעלי בית
- נעלי ספורט
- גרביים
- לבנים

כלי מיטה

- שמיכות
- כריות
- ציפיות

כלי רחצה

- מגבות
- מברשת שיניים
- משחת שיניים
- סבון
- שמפו
- מסרק
- דאודורנט
- מקלות אוזניים
- מכונת גילוח
- מוצרי היגיינה

מסמכים

- תעודת-זהות
- טפסים רפואיים (בדיקות דם)
- כרטיס מגנטי של קופ"ח
- טפסים משפטיים
- תמונת פספורט
- תעודות גמר – אם קיימים
- איבחון – פסיכו דידיקטי

