

טופס בקשה למשאלה

עמותת קשת המשאלות

מי זכאי להגשמת משאלה:

1. חולים במחלה מסכנת חיים או חשוכת מרפא, בשלב בו סממני המחלה מגבילים את יכולת תנועתם.
2. חולים במחלה מסכנת חיים או חשוכת מרפא, המרותקים למיטתם באופן קבוע בשל פגיעה או מחלה.
3. על החולה להיות צלולה/ בדעתו/ה, בהכרה מלאה, ברמה קוגניטיבית תקינה ומודעת/ למצבו/ה הרפואי.

תהליך הגשת הבקשה להגשמת משאלה:

- א) אנא מלאו את טופס הבקשה המצורף, באופן מסודר וברור, תוך שימת דגש לפרטים השונים.
- ב) צרפו לטופס בנספח ב': **מכתב עדכני מרופא מטפל**. יש למלא במכתב את כל הפרטים הרלוונטים לרבות תיאור החולה והמחלה, המצב הרפואי, הטיפול הרפואי שניתן ופירוט מלא של כל הנדרש במהלך הגשמת המשאלה (לדוגמא: אמבולנס, כסא גלגלים, חמצן) ואישור מהרופא המטפל שהיציאה למשאלה מאושרת.
- ג) צרפו לטופס בנספח ג': **צילום תעודת זהות של החולה**.
- ד) **שלחו מייל עם כלל דפי הטופס לכתובת: mykeshetm@gmail.com**

**כל הבקשות תיבדקנה על ידי נציגי עמותת 'קשת המשאלות'.
תשובה תועבר למבקשים בהקדם האפשרי.**

ליווי מטעם החולה:

את החולה ילווה לפחות בגיר אחד (מעל גיל 18) מטעמו במהלך כל מילוי המשאלה.

החייאה

פרויקט קשת המשאלות מיועד עבור חולים במצב קשה - אשר סכנה תמידית נשקפת לחייהם. קיימת תמיד האפשרות (גם אם היא קלושה) שבמהלך מילוי המשאלה יתדרדר מצבו הרפואי של החולה. **חשוב לנו לציין כי אין אנו מבצעים פעולות החייאה.** אם ישנה החמרה במצבו הרפואי של המטופל - המלווה (מטעם קשת המשאלות) יזמין ניידת מד"א לצורך אבחון ומתן טיפול בהתאם למצבו של המטופל.

על החולה לחתום על טופס ההצהרה המצורף בנספח א' (יש להחתים איש צוות רפואי/קרוב משפחה המעידים כי החולה חתם על ההצהרה כאשר הוא צלול בדעתו).

תאריך הגשת הבקשה: _____

שם החולה: _____

משפחה _____

פרטי _____

תיאור קצר של המשאלה (מה החולה רוצה לעשות והיכן בארץ): _____

מה הסיבה למשאלה הזו? _____

יום עדיף בשבוע: יום א - ב - ג - ד - ה

מלווים: כמה יתלוו למשאלה? _____, מהם כמה ילדים (0-18 שנים)? _____

מהם כמה ילדים מתחת לגיל 3? _____

איך שמעתם עלינו? _____

פרטי איש קשר ומלווה משאלה (איתו נוכל לתאם את פרטי הגשמת המשאלה):

שם + שם משפחה	
ת.ז.	
טלפון/נייד	
קירבה	

- כפי שצויין לעיל את החולה ילווה לפחות בגיר אחד (מעל גיל 18) מטעמו במהלך כל מילוי המשאלה.

פרטי החולה:

טלפון החולה	
מין	ז / נ
גיל	
תאריך לידה	
מצב רפואי (לציין מחלה עיקרית)	
משקל	
עזרים נדרשים	לא נדרש / כסא גלגלים / אלונקה / חמצן / קקטר / זונדה / סטומה / אחר: _____
תוחלת חיים צפויה	
החולה נמצא ב	בחר: ❖ הוספיס בבית חולים _____ ❖ מחלקה _____ בבית חולים _____ ❖ הוספיס בית. באיזו קומה? _____ האם יש מעלית? כן/לא ❖ אחר: _____
כתובת	
עיר	
איזור בארץ	צפון / מרכז / דרום (ללא אילת) / אילת

פרטי רופא מטפל:

	שם הרופא
	טלפון/נייד
	מס' רשיון רופא
	כתובת דוא"ל
	חתימה

פרטי ממלא הבקשה:

	שם+שם משפחה
	ת.ז.
	טלפון/נייד
	כתובת דוא"ל
	קרבה לחולה
	חתימה

חתימה

תאריך

שם החולה

נספח א' - טופס הצהרה - עמותת 'קשת המשאלות'

הריני להצהיר כי קיבלתי את מלוא המידע, וכי הוסבר לי שקיום המשאלה על ידי עמותת 'קשת המשאלות' מותנה בחתימתי על גבי ההצהרה הבאה:

- א. ידוע לי כי עמותת 'קשת המשאלות' הינה עמותה המספקת שירותי הסעה בלבד. למען הסר ספק, ידוע לי כי שירותי ההסעה אינם כוללים ליווי רפואי ו/או פיקוח רפואי מכל סוג שהוא.
- ב. ידוע לי כי על מנת להגשים את בקשתי שוכרת עמותת 'קשת המשאלות' את שירותיו של אמבולנס פרטי (ניידת פרטית להסעת חולים ובעלי מוגבלויות).
- ג. ידוע לי כי צוות עמותת 'קשת המשאלות' כולל: נהג אמבולנס (חובש/מע"ר) ומתנדב מטעם עמותת 'קשת המשאלות' שתפקידו לסייע במימוש המשאלה בלבד.
- ד. ידוע לי כי עמותת 'קשת המשאלות' אינם עוסקים באספקת שירותים רפואיים ו/או פרא רפואיים כלשהם, שגרה או חירום.
- ה. ידוע לי כי הנני נדרש לדאוג למלווה אחד מטעמי (חובה - בגיר מעל גיל 18 שנה), וזאת למשך כל זמן הגשמת המשאלה.
- ו. ידוע לי כי עמותת 'קשת המשאלות' לא מעניקים טיפול תרופתי מסוג כל שהוא (לרבות טיפול במשככי כאבים ו/או טיפול למניעת בחילות והקאות וכיו"ב). למען הסר ספק, הנני מצהיר כי כל טיפול תרופתי במהלך הגשמת המשאלה יילקח על ידי באופן עצמאי או על ידי המלווה מטעמי, ובאמצעות תרופות אשר נמצאות ברשותי ושסופקו לי על ידי רופא מורשה.
- ז. ידוע לי כי במהלך הגשמת המשאלה, וככל שמצבי הרפואי דורש זאת ישנה אפשרות להתחבר במהלך שירותי ההסעה לבלון חמצן בלבד (מסכת פנים).
- ח. ידוע לי שעקב מצבי הבריאותי הגשמת המשאלה במסגרת שירותי ההסעה שמציעה עמותת 'קשת המשאלות' עלולה לערב סיכונים רפואיים ואף להוביל לשינוי במצבי הרפואי, לרבות החמרה ו/או כל שינוי אחר במצבי הרפואי. במקרה של החמרה או נזק, במישרין או בעקיפין, אין לי ולא תהיה לי כל טענה ו/או תביעה ו/או דרישה כלפי עמותת 'קשת המשאלות'.
- ט. ידוע לי כי במקרה חירום רפואי צוות קשת המשאלות מוסמך להעניק עזרה ראשונה בסיסית בלבד (C.P.R - החייאה בסיסית).
- י. ידוע לי שקיימת תמיד האפשרות (גם אם היא קלושה) שבמהלך מילוי המשאלה יחול שינוי במצבי הרפואי. אם במהלך הגשמת המשאלה תהיה החמרה במצבי צוות העמותה או המלווה מטעמי יצרו קשר עם מגן דוד אדום (מד"א) ויזמינו עבורי ניידת טיפול נמרץ (נט"ן) / אמבולנס מד"א לצורך אבחון וקבלת טיפול רפואי. ההחלטה על סוג הניידת שתוזנק נתונה לשיקול דעתו של מוקד מד"א.
- יא. ידוע לי כי עמותת 'קשת המשאלות' אינו נושא האחריות, במישרין ו/או בעקיפין, על הטיפול שינתן על ידי צוות מד"א (נט"ן/אמבולנס).
- יב. ידוע לי כי עמותת 'קשת המשאלות' אינו נושא במימון ו/או הוצאות כלשהם בגין הזמנת נט"ן/אמבולנס מד"א. למען הסר ספק – הנני מצהיר כי בכל מקרה שבו תוזמן בעבורי ניידת טיפול נמרץ/אמבולנס מלוא ההוצאות, ההתחייבויות והמימון מוטלות עלי. הנני מתחייב שכל התחייבות כספית שתוטל על עמותת 'קשת המשאלות' בגין שירות רפואי שניתן לי על ידי גורם כלשהו, תכוסה ותשולם על ידי ובאחריותי הבלעדית.

ג. ידוע לי כי אם ברצוני שהגשמת המשאלה תעשה בליווי רפואי ו/או פיקוח רפואי - האחריות לאיתור ומימון ספק השירות היא באחריותי הבלעדית. למען הסר ספק – הנני מצהיר כי עמותת 'קשת המשאלות' אינם נושאים באחריות כלשהי, במישרין או בעקיפין, לשירותים ולפעולות (רפואיים או אחרים) שיבוצעו על ידי הגורם המלווה.

ד. ידוע לי כי עמותת 'קשת המשאלות' אינה מתחייבת למלא כל משאלה או בקשה, גם אם אלו עומדים בקריטריונים. ידוע לי כי בכל שלב ושלב צוות עמותת 'קשת המשאלות' רשאים להימנע, לדחות ו/או לבטל את מתן שירותי ההסעה, וזאת לפי שיקול דעתם הבלעדי.

ט. ידוע לי כי עמותת 'קשת המשאלות' נושאת במימון שירותי ההסעה באמבולנס לצורך הגשמת משאלתי. עם זאת, כל הוצאה שכרוכה בהגשמת המשאלה (מעבר לשירות ההסעה) תהיה במימון מלא שלי, ובאחריותי המלאה.

טז. על מנת להשלים את החוויה המשפחתית של הגשמת המשאלה לחולה, קשת המשאלות דואגת לתעד את היום המרגש הזה ובכדי שהחוויה תישאר זכורה לעד, המשפחה מקבלת אלבום מעוצב ומודפס בעזרתם של מתנדבי העמותה.

פרויקט יצירת אלבום:

כל משפחה מקבלת אלבום תמונות שהעמותה מפיקה בעזרת צלמים מתנדבים המלווים את המשאלה. האלבום עוזר לנצור רגעים משמחים בתקופה קשה. השרות ניתן ללא תשלום.



- אנו מעוניינים / לא מעוניינים באלבום (יש להקיף את האפשרות שנבחרה)
- אני מאשר / לא מאשר (יש להקיף את האפשרות שנבחרה) שהגשמת המשאלה תצולם ו/או תתועד ו/או תוקלט ו/או תופיע באתר האינטרנט של עמותת 'קשת המשאלות', ו/או תשמש את העמותה בחומר הפרסומי שלה.

הריני מצהיר כי קראתי את דף ההסבר על פעילות עמותת 'קשת המשאלות' (מצ"ב), וכי ניתנו לי כל ההסברים הדרושים לי, וכי חתימתי על גבי הצהרה זו מהווה עדות שהסכמתי ניתנה מתוך הבנה מלאה של כל האמור לעיל.

הריני מצהיר כי בחתימתי זו אני מוותר על כל טענה ו/או תביעה ו/או דרישה כלפי עמותת 'קשת המשאלות' ו/או כלפי כל מי שפועל או מעורב בקשר לביצוע בקשתי. הריני להצהיר כי אני פוטר ומשחרר בזה את עמותת 'קשת המשאלות' מכל אחריות לכל נזק (גופני/נפשי), פגיעה או החמרה רפואית, שעלולים להיגרם לי כתוצאה או תוך כדי הגשמת משאלתי.

	שם
	משפחה
	ת.ז
	ת. לידה
	כתובת
	טלפון/נייד
	איש קשר

חתימה

תאריך

שם מלא

נספח ב': מכתב עדכני מרופא מטפל

נא לצרף

יש למלא במכתב את כל הפרטים הרלוונטיים לרבות תיאור החולה והמחלה, המצב הרפואי, הטיפול הרפואי שניתן, פירוט מלא של כל הנדרש במהלך הגשמת המשאלה (לדוגמא: אמבולנס, כסא גלגלים, חמצן) ואישור מהרופא המטפל שהיציאה למשאלה מאושרת.

נספח ג': צילום תעודת זהות

נא לצרף

נא לשלוח טפסים לכתובת אימייל:
mykeshetm@gmail.com