



# טופס בקשה למשאלה

נא לשלוח טפסים לכתובת אימייל: [mykeshetm@gmail.com](mailto:mykeshetm@gmail.com)

## מי יכול להגשים חלום:

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 פציעה או מחלה.
3. על החולה להיות צלולה/ה בדעתו/ה, בהכרה מלאה, ברמה קוגניטיבית תקינה ומודעת/ת למצבו/ה הרפואי.

## הגשת הבקשה להגשמת חלום:

- 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 הרלוונטיים לרבות תיאור החולה והמחלה, המצב הרפואי, הטיפול הרפואי שניתן וכמובן פירוט מלא של כל הנדרש במהלך הנסיעה ב'כרכרת המשאלות'.
- ג) צרפו לטופס בנספח ג': **צילום תעודת זהות של החולה**.
- ד) **לשלוח מייל עם כלל דפי הטופס לכתובת [mykeshetm@gmail.com](mailto:mykeshetm@gmail.com)**

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

## ליווי מטעם החולה:

את החולה ילווה בגיר (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 אחר המשאלה בכרכרת המשאלות 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 להחתיים איש צוות רפואי/קרוב משפחה המעידים כי החולה חתם על ההצהרה כאשר הוא צלול בדעתו).**



קשת המשאלות

תאריך הגשת הבקשה: \_\_\_\_\_

שם החולה: \_\_\_\_\_

משפחה

פרטי

תיאור קצר של המשאלה: \_\_\_\_\_

מה הסיבה למשאלה הזו דווקא \_\_\_\_\_

איך שמעתם עלינו? \_\_\_\_\_

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

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

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

פרטי החולה:

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

### פרטי רופא מטפל:

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

### פרטי ממלא הבקשה:

	שם+שם משפחה
	מס' ת"ז
	טלפון/נייד
	כתובת דוא"ל
	הקשר 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 כרכרת המשאלות כולל: נהג אמבולנס (חובש/מע"ר) ומתנדב מטעם עמותת 'קשת המשאלות' (להלן – צוות הכרכרה). מתנדב אשר הוכשר על ידי עמותת 'קשת המשאלות', ושתפקידו לסייע במימוש המשאלה בלבד.
- ד. ידוע לי כי עמותת 'קשת המשאלות' ו/או צוות כרכרת המשאלות אינם עוסקים באספקת שירותים רפואיים ו/או פארא 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' ו/או צוות כרכרת 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' ו/או צוות כרכרת המשאלות.
- ט. ידוע לי כי במקרה חירום רפואי צוות כרכרת 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 הכרכרה 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' ו/או צוות הכרכרה 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' ו/או צוות הכרכרה 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, ההתחייבות תכוסה ותשולם על ידי ובאחריותי הבלעדית.

יג. 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' ו/או צוות הכרכה אינם נושאים באחריות כלשהי, במישרין או בעקיפין, לשירותים ולפעולות (רפואיים או אחרים) שיבוצעו על ידי הגורם המלווה.

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

טו. 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. אני מאשר / לא מאשר (יש להקיף את האפשרות שנבחרה) שמילוי משאלתי יצולם ו/או יתועד ו/או יוקלט ו/או יופיע באתר האינטרנט של עמותת 'קשת המשאלות', ו/או ישמש 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 צוות הכרכה ו/או כלפי כל מי שפועל או מעורב בקשר עם ביצוע בקשתי. הריני להצהיר כי אני פוטר ומשחרר בזה את עמותת 'קשת המשאלות' ו/או צוות הכרכה מכל אחריות לכל נזק (גופני/נפשי), פגיעה או החמרה רפואית, שעלולים להיגרם לי כתוצאה או תוך כדי ביצוע משאלתי בכרכת המשאלות.

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 וכמובן פירוט מלא של כל הנדרש במהלך הנסיעה ב'כרכרת המשאלות'.

## נספח ג': צילום תעודת זהות

נא לצרף