

תאריך: \_\_\_\_\_

שאלון מקדים למפגש ראשון

אנא השלם את השאלון הרפואי הנ"ל באופן מלא ככל הניתן, תשובותיך יעזרו לנו לקבוע אם ואיך אנחנו יכולים לעזור לך. אם נמצא לנכון שאת/ה לא זקוק/ה לטיפול במרפאתנו, לא נקבלך למרפאתנו ונפנה אותך לטיפול המתאים.

**חלק א': פרטי המטופל**

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

רחוב מספר עיר מיקוד

טלפון בית: \_\_\_\_\_ טלפון עבודה: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_

ת.ז.: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ מין: ז / נ

מצב משפחתי: ר / נ / ג / א מספר ילדים: \_\_\_\_\_ משלח יד: \_\_\_\_\_

קופת חולים: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_

מה כתובת המייל שלך: \_\_\_\_\_

כתובת המייל שלך תשמש כאמצעי תקשורת בינו אך איננו חולקים אותה עם אף אחד

מי הפנה אותך אלינו? \_\_\_\_\_

**חלק ב': מצב בריאותי של המטופל (בעבר ובהווה)**

שאלות כלליות:

1. משקל: \_\_\_\_\_ גובה: \_\_\_\_\_

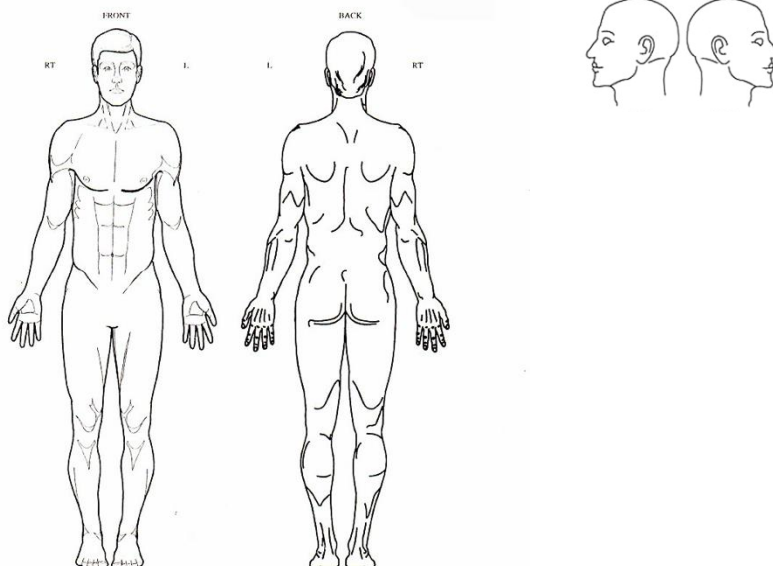
2. מהי תלונתך העיקרית? \_\_\_\_\_

3. במשך כמה זמן הנך סובלת/מבעיה זו? \_\_\_\_\_ האם סבלת מבעיות דומות בעבר? \_\_\_\_\_

4. מהי עוצמת הכאב? **סמן בעיגול** – 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

5. איזו פעילות מחמירה את הבעיה? \_\_\_\_\_

אנא סמני/י בציור את אזורי הכאב



|    |    |                                                                                                                                                                                                                        |     |
|----|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| לא | כן | האם המצב מחמיר עם הזמן?                                                                                                                                                                                                | 6.  |
| לא | כן | האם המצב יציב?                                                                                                                                                                                                         | 7.  |
| לא | כן | האם מצב זה מפריע לך בזמן עבודתך?                                                                                                                                                                                       | 8.  |
| לא | כן | האם מצב זה מפריע לך בבית?                                                                                                                                                                                              | 9.  |
| לא | כן | האם נוח לך בשנתך?                                                                                                                                                                                                      | 10. |
| לא | כן | האם היית מעורב בתאונת דרכים?                                                                                                                                                                                           | 11. |
| לא | כן | האם הייתה לך פציעה כלשהי בעבר?                                                                                                                                                                                         | 12. |
| לא | כן | האם הנך משתמש בויטמינים או מינרלים?                                                                                                                                                                                    | 13. |
| לא | כן | האם הנך מתאמן(ת) בפעילות גופנית כלשהי?                                                                                                                                                                                 | 14. |
| לא | כן | האם עברת ניתוח (השתלה) או יעצו לך לעשות ניתוח?                                                                                                                                                                         | 15. |
| לא | כן | האם עברת בדיקות רפואיות כמו א.ק.ג., צילומי רנטגן שונים (חזה, דרכי עיכול, כליות, עצמות ועוד), בדיקות מיפוי, צינתור, טומוגרפיה ממוחשבת, סי.טי., בדיקות דם, בדיקות שתן, דם סמוי ? (פרט סיבה, מועד ותוצאות בלתי תקינות).   | 16. |
| לא | כן | האם עברת בדיקה כלשהי לגילוי גידול סרטני כמו בדיקות רדיואקטיביות, סי.טי., מבחן אונקוגרפי, רנטגן הדגמת איברים בעזרת איזוטופים, ביופסיה?                                                                                  | 17. |
| לא | כן | האם קיבלת טיפולים בהקרנות, טיפולים כימיים או רדיו אקטיביים?                                                                                                                                                            | 18. |
| לא | כן | האם נכרתו איברים?                                                                                                                                                                                                      | 19. |
| לא | כן | האם עברת אי פעם בדיקות לצפיפות העצם?                                                                                                                                                                                   | 20. |
| לא | כן | האם את/ה חולה כעת במחלה כלשהי או שידוע לך שיש לך הפרעה בריאותית כלשהי ?                                                                                                                                                | 21. |
| לא | כן | האם קיבלת/א שהינך מקבל(ת) טיפול או תרופות ?                                                                                                                                                                            | 22. |
|    |    | האם את/ה מעשן? כן/לא. כמה סיגריות ליום? _____ במשך כמה שנים?                                                                                                                                                           | 23. |
|    |    | האם עישנת בעבר? כן/לא. מתי חדלת ? _____ כמה סיגריות עישנת ליום?                                                                                                                                                        | 24. |
|    |    |                                                                                                                                                                                                                        |     |
|    |    | <b>האם היו למטופל(ת) מחלות או סימני המחלות המפורטות מטה :</b>                                                                                                                                                          |     |
| לא | כן | מחלות מערכת העצבים והמוח, שיתוקים, הפרעות תנועה ו/או תחושה, סחרחורת, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, אפילפסיה. הפרעות נפשיות, טיפול פסיכולוגי ו/או פסיכיאטרי ו/או ניסיונות התאבדות?                                       | 25. |
| לא | כן | מחלות לב וכלי דם מסוג כלשהו : התקף לב, אוטם, טרומבוזה, אנגינה פקטוריס, כאבים או לחץ בחזה, קוצר נשימה, אי ספיקת לב, הפרעות קצב הלב, דפיקות לב, הפרעות במחזור הדם ברגליים עם כאבים או בצקות, יתר לחץ דם, ורידים מורחבים. | 26. |
| לא | כן | מחלות פרקים ועצמות, דלקת פרקים, ראומטיזם, ארטריטיס, כאבי גב, צוואר, לומבגו, אישיאס.                                                                                                                                    | 27. |
| לא | כן | מחלות עיניים אוזניים וגרון, הפרעות ראייה (כגון ראייה כפולה), ליקוי שמיעה, סינוסיטיס.                                                                                                                                   | 28. |
| לא | כן | האם אתה מרכיב משקפיים ?                                                                                                                                                                                                | 29. |
| לא | כן | הפרעות בריאותיות אחרות שלא פורטו לעיל ?                                                                                                                                                                                | 30. |

פירוט תשובות :

---



---



---

31. האם עברת בעבר טיפול ברפואה משלימה ? כן/ לא

א. אם כן, בגין איזו בעיה עברת טיפול?

---

---

ב. מתי עברת טיפול לאחרונה ?

---

---

ג. באיזו שיטה טופלת ?

---

---

32. האם את(ה) צורך(ת) תרופות כלשהן כטיפול בבעיה בגינה אתה מגיע לטיפול הנ"ל?

כן/ לא

נא פרט:

---

---

33. האם ידוע לך על מצב בריאותי שלא נשאלת לגביו באופן מפורש אשר חשוב כי המטפל ידע אודותיו?

כן/ לא

---

**אנא דרגי את הנתונים הבאים ביחס לתדירות שבה הם קיימים אצלך.**  
**נא לענות על כל השאלות, אם זה לא היה חשוב, לא היינו שואלים.**

| מס | מצב פיזי                                    | לעולם לא | לעיתים נדירות | מידי פעם | בדרך כלל | באופן קבוע וממושך |
|----|---------------------------------------------|----------|---------------|----------|----------|-------------------|
| 1  | המצאות כאב פיסי (בצוואר, בגב, ברגלים, וכו') |          |               |          |          |                   |
| 2  | תחושת מתח, נוקשות וחוסר גמישות בעמוד שדרה   |          |               |          |          |                   |
| 3  | שכיחות של עייפות ואנרגיה נמוכה.             |          |               |          |          |                   |
| 4  | שכיחות של הצטננות ושפעת.                    |          |               |          |          |                   |
| 5  | שכיחות של כאבי ראש (מכל סוג שהוא).          |          |               |          |          |                   |
| 6  | שכיחות של בחילות או עצירות.                 |          |               |          |          |                   |
| 7  | שכיחות של אי נוחות במהלך המחזור החודשי.     |          |               |          |          |                   |
| 8  | שכיחות של אלרגיות ופריחות בעור.             |          |               |          |          |                   |
| 9  | שכיחות של סחרחורות.                         |          |               |          |          |                   |
| 10 | שכיחות של תאונות/ נפילות/ מעידות וכו'.      |          |               |          |          |                   |

| מס | מצב נפשי/רגשי<br>דרג/י את הנתונים הבאים בתדירות שלהם אצלך | לעולם לא | לעיתים<br>נדירות | לפעמים | בדרך כלל | באופן קבוע<br>וממושך |
|----|-----------------------------------------------------------|----------|------------------|--------|----------|----------------------|
| 1  | אם אכן קיים כאב, כמה הוא מטריד אותך?                      |          |                  |        |          |                      |
| 2  | תחושות שליליות/ביקורתיות ביחס לעצמך?                      |          |                  |        |          |                      |
| 3  | דכדוך, כעס, או התפרצויות זעם?                             |          |                  |        |          |                      |
| 4  | דאגת יתר ביחס לדברים שוליים?                              |          |                  |        |          |                      |
| 5  | קושי בחשיבה/בריכוז, או חוסר החלטיות?                      |          |                  |        |          |                      |
| 6  | דיכאון או חוסר עניין?                                     |          |                  |        |          |                      |
| 7  | פחדים או חרדות?                                           |          |                  |        |          |                      |
| 8  | מחשבות חוזרות ונשנות / אובססיביות?                        |          |                  |        |          |                      |
| 9  | קושי בהרדמות או בשינה סדירה?                              |          |                  |        |          |                      |
| 10 | חוסר נוחות עצבנות, קושי לשבת במקום אחד?                   |          |                  |        |          |                      |

| מס | רמת הלחץ (סטריס)<br>דרג/י את רמת הלחץ הקיימת אצלך בתחומים | אין לחץ | לחץ קל | לחץ מתון | לחץ ניכר | לחץ כבד |
|----|-----------------------------------------------------------|---------|--------|----------|----------|---------|
| 1  | משפחה.                                                    |         |        |          |          |         |
| 2  | בריאות.                                                   |         |        |          |          |         |
| 3  | מצב כלכלי.                                                |         |        |          |          |         |
| 4  | חיי מין.                                                  |         |        |          |          |         |
| 5  | עבודה.                                                    |         |        |          |          |         |
| 6  | לימודים.                                                  |         |        |          |          |         |
| 7  | לחצים ביום-יום.                                           |         |        |          |          |         |
| 8  | השפעת הלחץ על נפשך.                                       |         |        |          |          |         |
| 9  | מערכות יחסים משמעותיים : בני זוג/ילדים וכו'               |         |        |          |          |         |
| 10 | התמודדות עם בעיות ביום יום.                               |         |        |          |          |         |

| מרבבה | ניכר | בינוני | קל | אין | הנאה מהחיים<br>דרגוי את מידת קיומם של הנתונים ביחס |    |
|-------|------|--------|----|-----|----------------------------------------------------|----|
|       |      |        |    |     | פתיחות להדרכת "הקול הפנימי" ורגשות.                | 1  |
|       |      |        |    |     | חווית שלוה, הרפיה או חוסן.                         | 2  |
|       |      |        |    |     | רגשות חיובים ביחס לעצמך.                           | 3  |
|       |      |        |    |     | התעניינות באורח חיים בריא(תזונה, ספורט).           | 4  |
|       |      |        |    |     | הרגשת פתיחות ומודעות במערכת יחסים.                 | 5  |
|       |      |        |    |     | ביטחון ביכולתך להתמודד עם צרה כלשהיא.              | 6  |
|       |      |        |    |     | קבלת הזולת והשתתפות בריגשותיו.                     | 7  |
|       |      |        |    |     | סיפוק מרמת הבידור והנופש שבחייך.                   | 8  |
|       |      |        |    |     | שכיחות רגשות שימחה ועליזות.                        | 9  |
|       |      |        |    |     | רמת סיפוקך מחיי המין.                              | 10 |
|       |      |        |    |     | הקדשת זמן עבור דברים מהנים.                        | 11 |

**הערכה כוללת של איכות החיים  
כיצד אתה מרגישה ביחס לאיכות חייך.**

| מאושר        | שמה ומרוצה        | לרוב שבע רצון        | לרוב חסר שבע רצון        | רגשות מעורבים        | אומלל        | איום ונורא        |                |                                     |
|--------------|-------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|--------------|-------------------|----------------|-------------------------------------|
|              |                   |                      |                          |                      |              |                   | 1              | חייך האישיים                        |
|              |                   |                      |                          |                      |              |                   | 2              | בנות זוג משמעותי                    |
|              |                   |                      |                          |                      |              |                   | 3              | חייך הרומנטיים                      |
|              |                   |                      |                          |                      |              |                   | 4              | משלח יד, מקצוע                      |
|              |                   |                      |                          |                      |              |                   | 5              | עמיתך לעבודה                        |
|              |                   |                      |                          |                      |              |                   | 6              | עבודתך העכשווית                     |
|              |                   |                      |                          |                      |              |                   | 7              | התמודדותך עם בעיות                  |
|              |                   |                      |                          |                      |              |                   | 8              | הישגיך בפועל                        |
|              |                   |                      |                          |                      |              |                   | 9              | יחסך לעצמך                          |
| <b>מאושר</b> | <b>שמה ומרוצה</b> | <b>לרוב שבע רצון</b> | <b>לרוב חסר שבע רצון</b> | <b>רגשות מעורבים</b> | <b>אומלל</b> | <b>איום ונורא</b> | <b>המשך...</b> |                                     |
|              |                   |                      |                          |                      |              |                   | 10             | יכולת להסתגל לשנוי בחייך            |
|              |                   |                      |                          |                      |              |                   | 11             | חייך באופן כללי.                    |
|              |                   |                      |                          |                      |              |                   | 12             | מכלול הסיפוק בחייך                  |
|              |                   |                      |                          |                      |              |                   | 13             | המידה שבה חייך התנהלו כפי רצונך     |
|              |                   |                      |                          |                      |              |                   | 14             | מראך החיצוני/ כיצד אחרים רואים אותך |

**הצהרה**

הנני מאשר(ת) כי אני מודע(ת) כי הטיפול המבוקש על ידי אינו מהווה תחליף לכל טיפול ברפואה קונבנציונאלית ו/או לכל התייעצות ברופא קונבנציונאלי, וכי אין בכוונתי להפסיק טיפול תרופתי כלשהו ללא התייעצות ברופא. הנני מאשר(ת) כי תשובתי לכל השאלון הן מלאות וכנות וכי לא החסרתי כל מידע. אני מבין/ה שבמידה ואטופל במרכז, יטפל בי הצוות המוסמך לכך ע"י ד"ר יצחק דרימר וד"ר אדם וינטר.

\_\_\_\_\_ תאריך

\_\_\_\_\_ חתימת הנבדק

אינדקס בריאות אובייקטיבי 248/ \_\_\_\_\_ %