

תאריך: _____

מטופל(ת) יקר(ה)

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: _____

מי הפנה אותך אלינו? _____

מה כתובת המייל שלך: _____

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

שאלות כלליות:

1. משקל: _____ גובה: _____

2. מהי תלונתך העיקרית? _____

3. במשך כמה זמן הנך סובל/ת מבעיה זו? _____ האם סבלת מבעיות דומות בעבר? _____

4. האם את/ה יודעת/ת ממה הכל התחיל? _____

5. איזו פעילות מחמירה את הבעיה? _____

6.	האם המצב מחמיר עם הזמן?	כן	לא
7.	האם המצב יציב?	כן	לא
8.	האם מצב זה מפריע לך בזמן עבודתך?	כן	לא
9.	האם מצב זה מפריע לך בבית?	כן	לא
10.	האם נוח לך בשנתך?	כן	לא
11.	האם היית מעורב בתאונת דרכים?	כן	לא
12.	האם היית לך פציעה כלשהי בעבר?	כן	לא
13.	האם הנך משתמש בויטמינים או מינרלים?	כן	לא
14.	האם הנך מתאמן(ת) בפעילות גופנית כלשהי?	כן	לא
15.	האם עברת ניתוח (השתלה) או יעצו לך לעשות ניתוח?	כן	לא
16.	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).	כן	לא

17.	כן	לא	האם עברת בדיקה כלשהי לגילוי גידול סרטני כמו בדיקות רדיואקטיביות, סי.טי., מבחן אונקוגרפי, רנטגן הדגמת איברים בעזרת איזוטופים, ביופסיה?
18.	כן	לא	האם קיבלת טיפולים בהקרנות, טיפולים כימיים או רדיו אקטיביים?
19.	כן	לא	האם נכרתו איברים?
20.	כן	לא	האם עברת אי פעם בדיקות לצפיפות העצם?
21.	כן	לא	האם את/ה חולה כעת במחלה כלשהי או שידוע לך שיש לך הפרעה בריאותית כלשהי ?
22.	כן	לא	האם קיבלת/א שהינך מקבלת) טיפול או תרופות ?
23.			האם את/ה מעשן? כן/לא. כמה סיגריות ליום? _____ במשך כמה שנים?
24.			האם עישנת בעבר? כן/לא. מתי חדלת ? _____ כמה סיגריות עישנת ליום?
האם היו למטופל(ת) מחלות או סימני המחלות המפורטות מטה:			
25.	כן	לא	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?
26.	כן	לא	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.
27.	כן	לא	מחלות פרקים ועצמות, דלקת פרקים, ראומטיזם, ארטריטיס, כאבי גב, צוואר, לומבגו, אישיאס.
28.	כן	לא	מחלות עיניים אוזניים וגרון, הפרעות ראייה (כגון ראייה כפולה), ליקוי שמיעה, סינוסיטיס.
29.	כן	לא	האם אתה מרכיב משקפיים?
30.	כן	לא	הפרעות בריאותיות אחרות שלא פורטו לעיל?

פירוט תשובות:

האם את/ה מרגיש: (נא לסמן x במשבצת ליד)

קושי בתכנון	בעיות שמיעה	חוסר סבלנות
קושי בקריאה	מלנכוליות	רצון להתבודד
קושי בכתיבה	ראיה מטושטשת	עייפות/ לאות
קשיים בזכרון	מבולבל	בחילות / הקאות
כעס	קושי בדיבור	קושי בריכוז
קושי בקבלת	שינוי בתאבון	חולם בהקיץ
חוסר בטחון עצמי	סחרחורות	מצבי רוח קיצוניים
חרדה	בעיות שיווי משקל	עצבנות

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

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 תשובתיי לכל השאלון הן מלאות וכנות וכי לא החסרתי כל מידע.

חתימת הנבדק

תאריך