

לוגו הקליניקה / המטפל

אנסוף אנד

שאלון מקדים לטיפול ברפואה אלטרנטיבית

חלק א' – פרטי המטופל

שם פרטי \_\_\_\_\_

שם משפחה \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

מס' תעודת זהות \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מין: זכר  נקבה  מצב משפחתי: ר/נ/ג/א \_\_\_\_\_ מס' ילדים: \_\_\_\_\_

שם המוסד הרפואי המטפל: \_\_\_\_\_

סניף: \_\_\_\_\_

שם הרופא המטפל: \_\_\_\_\_

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

		1. משקל 2. גובה
לא	כן	3. האם עשו לך ניתוח השתלה או יעצו לך לעשות ניתוח
לא	כן	4. האם עברת בדיקות רפואיות כמו א.ק.ג, צילומי רנטגן שונים (חזה, דרכי עיכול, כליות, עצמות וכו), בדיקת מיפוי, צינתור, טומוגרפיה ממוחשבת, סי.טי, בדיקות דם, בדיקות שתן, דם סמוי (פרט סיבה מועד, ותוצאות בלתי תקינות)?
לא	כן	5. האם עברת בדיקה כלשהי לגילוי גידול סרטני כמו בדיקות רדיואקטיביות סי.טי. מבחן אונקוגרפי, רנטגן, הדגמת איברים בעזרת איזוטופים, ביופסיה?
לא	כן	6. א. האם עברת טיפולים בהקרנות, טיפולים כימיים או רדיואקטיביים? ב. האם נכרתו גידולים?
לא	כן	7. האם עברת אי פעם בדיקות לצפיפות עצם?
לא	כן	8. האם את/ה מעשן/ת אם כן, כמה סיגריות ליום בממוצע? _____ במשך כמה שנים? _____ אם עישנת בעבר, מתי חדלת? _____
לא	כן	9. א. האם את/ה חולה כעת במחלה כלשהי או שידוע לך שיש לך הפרעה בריאותית כלשהי? ב. האם קבלת או שהינך מקבלת טיפול או תרופות?

האם היו למועמד המחלות או סימני המחלות המפורטות מטה?

לא	כן	10. מחלות מערכת העצבים והמוח, שיתוקים, הפרעות תנועה ו/או תחושה, סחרחורת, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, אפילפסיה, קלסטרופוביה, הפרעות נפשיות, טיפול פסיכולוגי ו/או פסיכיאטרי ו/או נסיונות התאבדות?
לא	כן	11. מחלות לב וכלי דם מסוג כלשהו: התקף לב, אוטם, טרומבозה, אנגינה פקטוריס, כאבים או לחץ בחזה, קוצר נשימה, אי ספיקת לב, מחנק, הפרעות קצב הלב, דפיקות לב, הפרעות במחזור הדם ברגליים עם כאבים או בצקות, יתר לחץ דם, ורידים מורחבים
לא	כן	12. מחלות פרקים ועצמות, דלקת פרקים, רומטיזם, ארטריטיס, כאבי גב, צוואר, לומבגו, אישיאס.
לא	כן	13. א. מחלות עיניים אחרונות וגרון, הפרעות ראייה (כגון ראייה כפולה) ליקוי שמיעה, סינטיטיס. ב. האם אתה/מרכיב/ה משקפיים? אם כן, נא לציין דיאופטריות
לא	כן	14. הפרעות בריאותיות אחרות שלא פורטו לעיל.
לא	כן	15. * האם הינך בהריון? אם כן באיזה חודש?

\*לנשים בלבד

16. האם עברת בעבר טיפול ברפואה אלטרנטיבית? לא / כן

א. אם כן, בגין איזו בעיה עברת טיפול?

ב. מתי עברת טיפול לאחרונה?

ג. באיזו שיטה טופלת?

17. האם אתה צורך תרופות כלשהן כטיפול בבעיה בגינה אתה מגיע לטיפול הנ"ל לא / כן

אם כן נא פרט:

18: האם ידוע לך על מצב בריאותי שלא נשאלת לגביו באופן מפורש, אשר חשוב כי המטפל ידע

אודותיו? לא / כן, נא פרט

הצהרה

הנני מאשר שאני מודע שהטיפול המבוקש על ידי אינו מהווה תחליף לכל טיפול ברפואה הקונבנציונלית ו/או לכל התייעצות ברופא קונבנציונלי, וכי אין בכוונתי להפסיק טיפול תרופתי כל שהוא ללא התייעצות ברופא.

הנני מאשר שתשובתי לכל השאלות הן מלאות וכנות ושלא החסרתי כל מידע.

חתימת הנבדק

תאריך

\*\*\* טופס זה הוא בגדר המלצה בלבד .

\*\*\* חובה לעבור על הטופס ובמקרה הצורך לבצע התאמות ולהוסיף שאלות הרלוונטיות לסוג הטיפול .

ט.ל.ח