



הצהרת בריאות

שם ומשפחה..... תאריך לידה...../...../.....טלפון.....

1. מהי סיבת הפניה? (האם ברצונך לטפל בבעיה רפואית או רק לצורך פינוק ותחזוקת הגוף?)

בעיה רפואית - כן / לא פינוק - דלג/י לשאלה 3

2. מהי התלונה העיקרית? (מהי הבעיה הרפואית שבה את/ה מעוניין/ת לטפל?)

.....

..... תיאור הכאב

..... מה מחמיר את הכאב?

..... מה מקל עליו?

..... ממתני הכאב?

..... זמני הופעת הכאב?

..... 3. מה הציפיות מהטיפול?

..... 4. מהי התלונה המשנית?

..... 5. האם סובל/ת מכאבי גב?

6. האם הינך סובל/ת או סבלת בעבר מבעיה באחת ממערכות הגוף? (הקף/י בעיגול)

(מערכת עיכול, סכרת, לחץ דם גבוה ומערכת כלי דם, מחלת לב, מחלת ריאה ומערכת כלי נשימה, מחלות עצבים

או הפרעות נפשיות, איידס, מחלות כליות/כבד, מערכת הורמונאלית, גידול ממאיר, נכות כלשהי מתאונה/מחלה)

..... אחר (פרט)

..... האם את/ה בטיפול/ בירור רפואי: כן / לא

..... במידה וכן, אנא פרטי/ בקצרה:

..... אשפוז בשנים האחרונות:

..... האם את/ה לוקח/ת תרופות? במידה וכן אנא פרטי/

.....

..... האם נוטה לסבול מקור / חום?

..... האם קיימת רגישות למגע?

..... מהי עוצמת הטיפול המתאימה לך? (חלש – בינוני – חזק)

..... לנשים: האם את בהריון? במידה וכן – באיזה שבוע?

אנא ציין/י כתובת דואר אלקטרוני לקבלת עדכונים

..... דוא"ל :

..... חתימה :

..... תאריך: