



שאלון אבחון לפני טיפול

אודה לך אם תקדיש מזמנך מספר דקות ותענה על השאלון על מנת שאוכל לתת מענה על הצד הטוב ביותר ולהמליץ על המשך טיפול. השאלון כתוב בלשון זכר מטעמי נוחות אך מופנה כמובן גם לנשים.

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

1. האם סובל מכאב אקוטי כלשהו? (כאב שהופיע לאחרונה) פרט

2. האם סובל מכאב כרוני כלשהו? פרט ... (באיזו תדירות הכאב חוזר, מה מקל עליו, מה אתה נוהג לעשות כשזה מופיע)

3. כיצד מגדיר את מצב בריאותך הכללי? הסבר/פרט

4. האם מתקשה לבצע פעולות יומיומיות?

5. האם ישנה איזו שהיא הגבלה בתנועה?

6. האם אתה חווה עומס שרירים או אי נוחות באיזור מסוים בגוף?

7. האם זרימת הדם בגוף תקינה?

8. האם נתון בלחצים בחיי היום יום? דרג מה מידת הסטרס בסולם מ – 1 עד 10 (כאשר 10

גבוה ו – 1 נמוך)

9. האם מקפיד על הרגלי תזונה נכונים? פרט

10. האם עוסק בפעילות גופנית כלשהי? אם כן, איזו?

מהי סיבת פנייתך?

מה הציפיות מהטיפול?

תודה על שיתוף הפעולה

אורלי