

**שאלון מקדים לטיפול ברפואה אלטרנטיבית – הטעם בחיים**

**חלק א – פרטי המטופל**

שם פרטי - \_\_\_\_\_

שם משפחה - \_\_\_\_\_

כתובת - \_\_\_\_\_

ת.ז. - \_\_\_\_\_

פלפון / טלפון \_\_\_\_\_

תאריך לידה \_\_\_\_\_

מין זכר / נקבה \_\_\_\_\_

כתובת מייל \_\_\_\_\_

שם המוסד הרפואי המטפל \_\_\_\_\_

סניף \_\_\_\_\_

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_

**חלק ב – מצב בריאותי של המטופל (בעבר ובהווה)**

**שאלות כלליות**

לא	כן	1 האם עברת ניתוח בעבר
לא	כן	2 האם עברת בדיקות רפואיות כגון : א.ק.ג , צילומי רנטגן שונים (סיטי, מיפוי עצמות, mri, ועוד
לא	כן	3 האם עברת בדיקת צפיפות העצם ?
לא	כן	4 האם אתה מעשן / ת
		אם כן כמה סיגריות ליום בממוצע ?
		כמה שנים ?
לא	כן	5 האם את/ה סובל ממחלות במערכת העצבים והמוח, שתוקים, הפרעות תנועה, כאבי ראש כרוניים, אפילפסיה, קלסטרופוביה, הפרעות פסיכיאטריות, טיפול פסיכולוגי או ניסיונות התאבדות אם כן פרט :
לא	כן	6 האם את/ה סובל ממחלות לב וכלי דם מסוג כלשהו כגון : התקף לב, אי ספיקת לב, מחנק,

		הפרעות קצב , דפיקות לב , הפרעות במחזור הדם , ברגליים , כאבים בצקות , יתר לחץ דם , ורדים מורחבים ? אם כן פרט:
לא	כן	7 האם את/ה סובל ממחלות פרקים ועצמות : דלקת פרקים , כאבי גב , צוואר אם כן פרט:
לא	כן	8 האם הנך בהריון ?
לא	כן	9 האם קיבלת או שאת/ה מקבל /ת טיפול תרופתי ? אם כן פרט:

### חלק ג

1 האם עברת בעבר טיפול ברפואה אלטרנטיבית ? לא / כן

אם כן בגין איזו בעיה עברת טיפול ? \_\_\_\_\_

מתי עברת טיפול לאחרונה ? \_\_\_\_\_

באיזו שיטה טופלת ? \_\_\_\_\_

2 האם אתה צורך תרופות כלשהן כטיפול בגין הבעיה אתה מגיע

לטיפול הנ"ל , לא / כן

אם כן פרט: \_\_\_\_\_

3 האם ידוע לך רגישות לתרופות / משחות ? - כן/ לא

אם כן פרט : \_\_\_\_\_

4 האם ידוע לך על מצב רפואי שלא נשאלת באופן מפורש

אם כן פרט: \_\_\_\_\_

### הצהרה

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

הנני מאשר שתשובותיי לכל השאלות הן מלאות וכנות ושלא החסרתי כל פרט

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_