

טופס קבלת מטופל/ת

פרטי המטופל/ת המופיעים בשאלון זה חסויים. המידע בשאלון זה ישמש את המטופל/ת אך ורק על מנת לטפל באופן הטוב ביותר במטופל/ת ובדרך התומכת בצרכיו/ה ובמטרותיו/ה.

חלק א' – פרטי המטופל/ת

שם: _____ שם משפחה: _____

כתובת: _____

טלפון: _____ נייד: _____

דוא"ל: _____

תאריך לידה: _____ מספר ת"ז: _____

| | | |
|----|--|-------|
| 1 | האם כעת יש לך כאבים כלשהם? (נא לסמן את המקום בטופס המיועד לכך) | כן/לא |
| 2 | האם יש לך כעת מחלה או הפרעה בריאותית - גופנית או נפשית כלשהי? | כן/לא |
| 3 | האם את/ה נוטל/ת תרופות ? | כן/לא |
| 4 | האם את/ה בטיפול רפואי? | כן/לא |
| 5 | האם עברת ניתוח כלשהו בחצי שנה האחרונה? | כן/לא |
| 6 | האם נגרם נזק לגופך מתאונה, מחלה או כל סיבה אחרת בעבר? | כן/לא |
| 7 | האם יש בגופך חלקיקי מתכת כתוצאה מתאונה/פיגוע/או כל ארוע אחר. | כן/לא |
| 8 | האם את/ה סובלים מאלרגיה כלשהי (לשמנים כלשהם)? | כן/לא |
| 9 | האם עברת בעבר ארוע מוחי? | כן/לא |
| 10 | האם חלית בעבר בסרטן? | כן/לא |
| 11 | האם יש משהו שלא נשאלת עליו וברצונך להוסיף? | כן/לא |
| 12 | האם את בהריון? חודש: _____ | כן/לא |
| 13 | האם את מניקה? | כן/לא |
| 14 | האם את בווסת? | כן/לא |

במידה וענית על אחת השאלות בחיוב, נא למלא שאלון רפואי.

הצהרה

הנני מאשר/ת שאני מודעת/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.

אני מצהיר/ה שידוע לי שהטיפול מתבצע כחלק מהתלמדות המטפל/ה ואני מוותר/ת על זכויותי לתבוע בעתיד את המטפל/ת בקשר לטיפול זה.

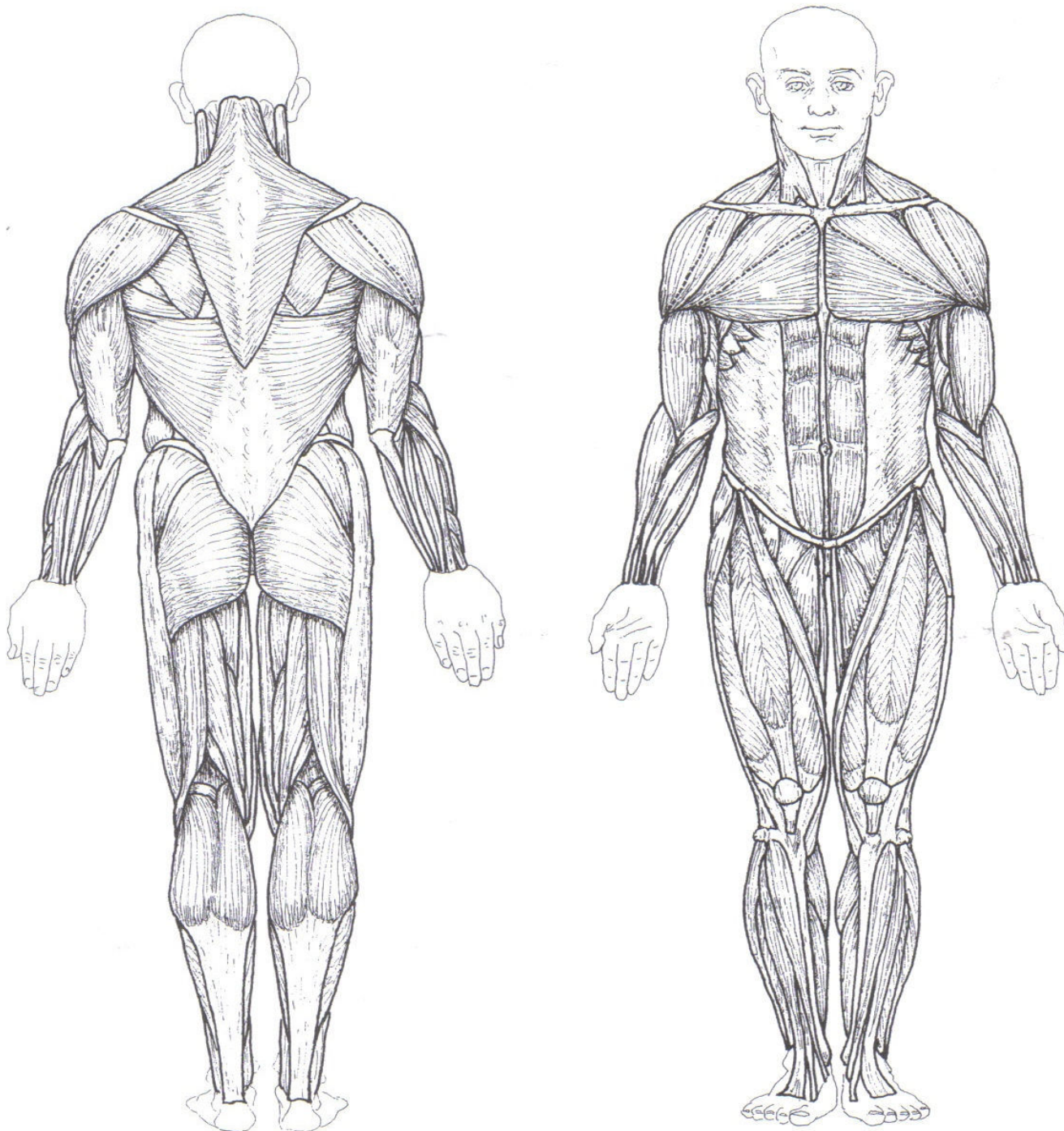
הנני מאשר/ת כי תשובותיי לכל השאלות הן מלאות וכנות וכי לא החסרתי כל מידע.

תאריך

חתימה

שם המטופל/ת:

נא לסמן את מיקום הכאב ועוצמתו מ-1 עד 10 (10 הכי כואב).



טלפון: 1800-22-44-53 נייד: 0543-452453, קהילת לודג' 13 תל אביב 6970966, סניפים: כרמיאל, תל אביב, ירושלים.

טיפול מס': _____ תאריך: _____ משך הטיפול: _____

הערות

המטופל/ת: _____

המטפל/ת: _____



טיפול מס': _____ תאריך: _____ משך הטיפול: _____

הערות

המטופל/ת: _____

המטפל/ת: _____
