

טופס קבלת מטופל

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

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 נוטלת 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 את/ה סובלים מאלרגיה כלשהי (לשמנים כלשהם)?	כן/לא
8	האם עברת בעבר ארוע מוחי?	כן/לא
9	האם חלית בעבר בסרטן?	כן/לא
10	האם יש משהו שלא נשאלת עליו וברצונך להוסיף?	כן/לא
11	האם את בהריון? חודש:	כן/לא
12	האם את מניקה?	כן/לא
13	האם את במחזור?	כן/לא

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

הצהרה

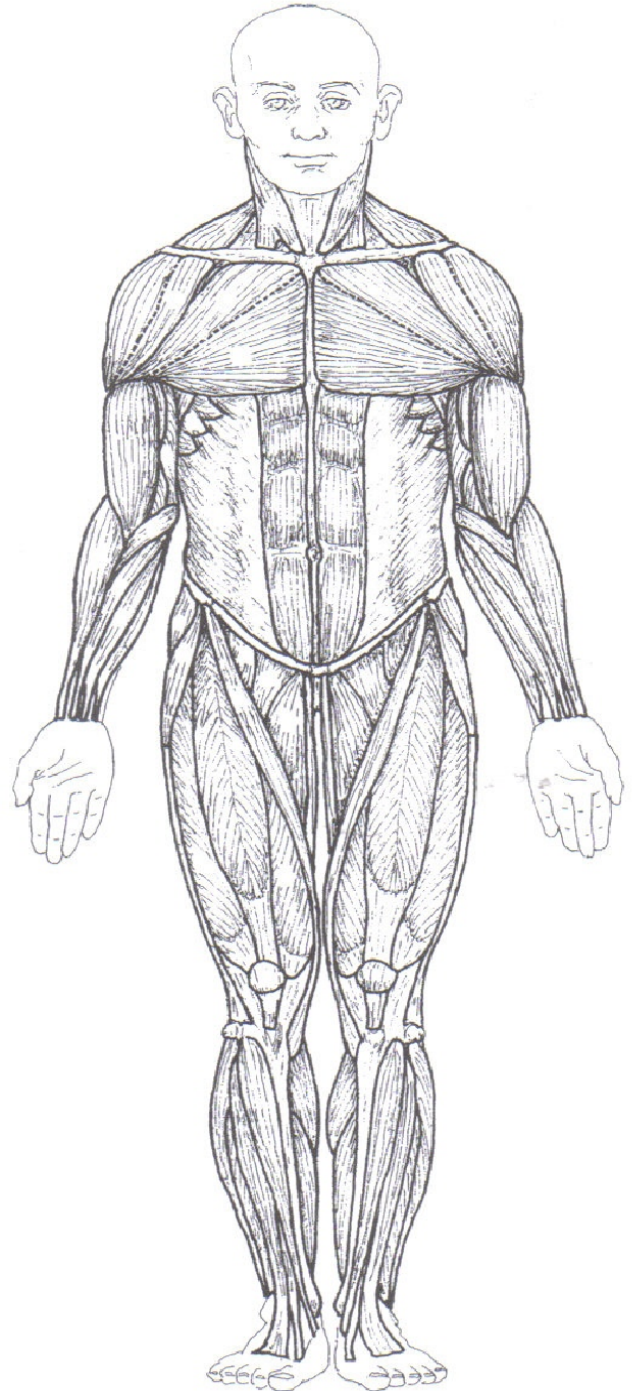
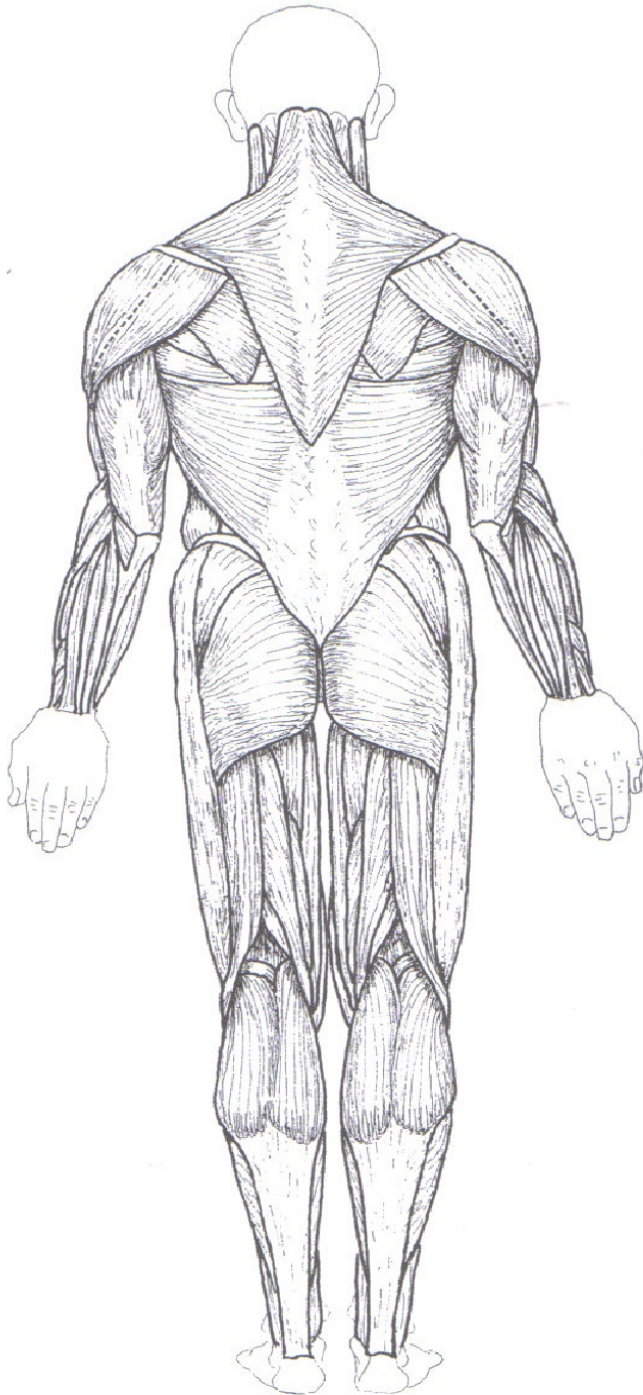
הנני מאשר/ת שאני מודעת/ת כי הטיפול המבוקש על ידי אינו מהווה תחליף לכל טיפול ברפואה קונבנציונאלית ו/או לכל התייעצות ברופא קונבנציונאלי, וכי אין בכונתי להפסיק טיפול תרופתי כלשהו ללא התייעצות ברופא. אני מצהיר שידוע לי שהטיפול מתבצע כחלק מהתלמודות המטפל ואני מוותר/ת על זכותי לתבוע בעתיד את המטפל בקשר לטיפול זה. הנני מאשר/ת כי תשובותיי לכל השאלות הן מלאות וכנות וכי לא החסרתי כל מידע.

תאריך

חתימה

שם המטופל: _____

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





שאלון רפואי

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

חלק ג' – פרוט המצב בריאותי

במידה וענית על אחת השאלות בחיוב, נא לפרט.

פרוט:

הצהרה

הנני מאשרת שאני מודעת/ת כי הטיפול המבוקש על ידי אינו מהווה תחליף לכל טיפול ברפואה קונבנציונאלית ו/או לכל התייעצות ברופא קונבנציונאלי, וכי אין בכונתי להפסיק טיפול תרופתי כלשהו ללא התייעצות ברופא. אני מצהיר שידוע לי שהטיפול מתבצע כחלק מהתלמודות המטפל ואני מוותרת על זכותי לתבוע בעתיד את המטפל בקשר לטיפול זה.

הנני מאשרת כי תשובותיי לכל השאלות הן מלאות וכנות וכי לא החסרתי כל מידע.

תאריך

חתימה



תיעוד הטיפול

משך הטיפול: _____

תאריך: _____

הערות

המטופל: _____

המטפל: _____

משך הטיפול: _____

תאריך: _____

הערות

המטופל: _____

המטפל: _____
