



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 בכוונתי להפסיק טיפול תרופתי כלשהו ללא התייעצות ברופא.

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

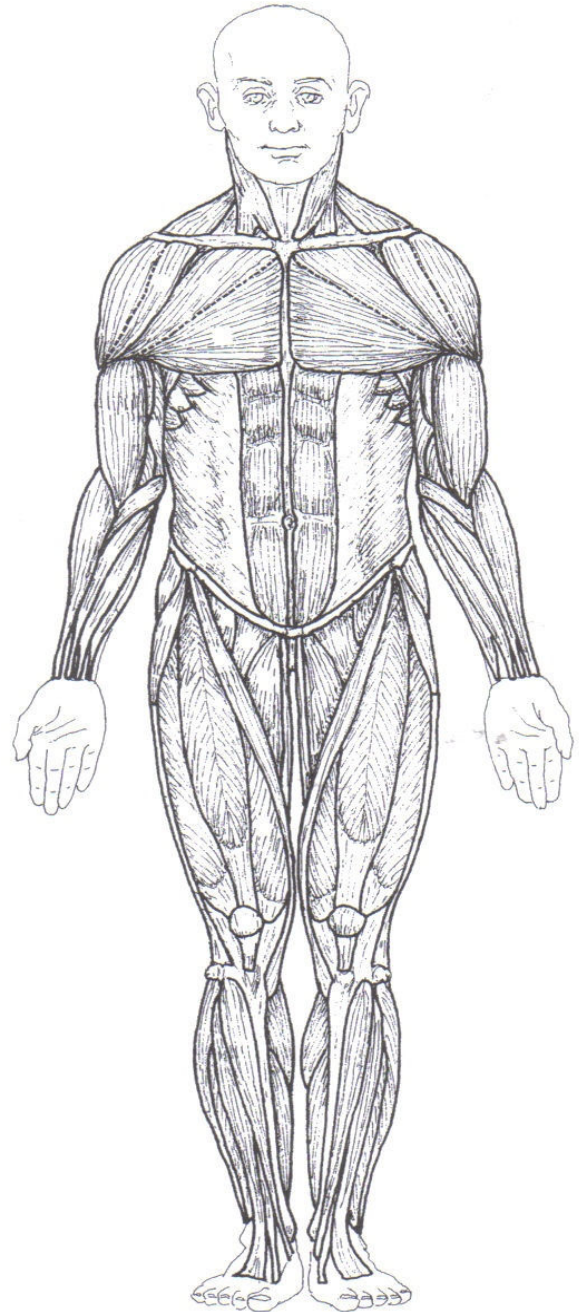
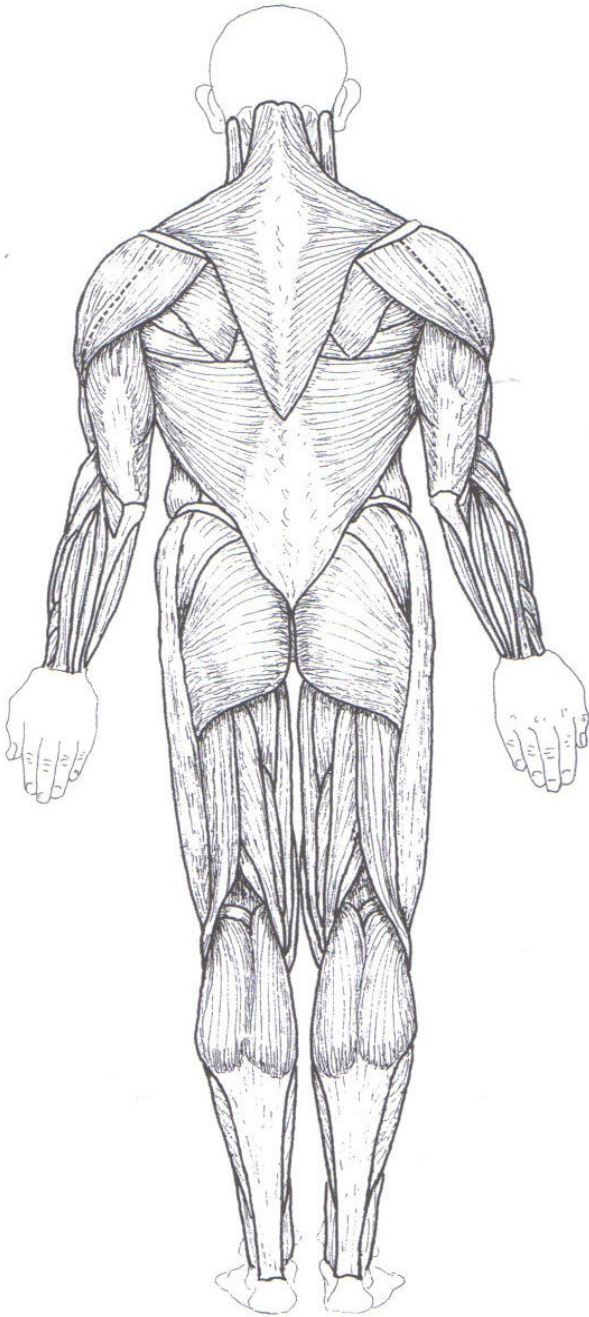
הנני מאשר/ת כי תשובותיי לכל השאלות הן מלאות וכנות וכי לא החסרתי כל מידע.

_____ תאריך

_____ חתימה

שם המטופל: _____

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





תיעוד הטיפול

משך הטיפול: _____
תאריך: _____

הערות

המטופל: _____

המטפל: _____

משך הטיפול: _____
תאריך: _____

הערות

המטופל: _____

המטפל: _____

