

## טופס מיון רפואי לטיפול

<b>שם:</b>	<b>משפחה:</b>	<b>תאריך לידה:</b>
<b>עיסוק:</b>	<b>כתובת:</b>	
<b>טלפון:</b>	<b>מייל:</b>	

### **האם את/ה סובל/ת מאחד מהמצבים הבאים:**

ק/ לא	1. מכאב חדש שלא עבר בירור רפואי?
ק/ לא	2. פעימות לב מהירות שלא במאמץ (פלפיטציות) ?
ק/ לא	3. שטפי דם תת עוריים מלחיצות או מכות יבשות?
ק/ לא	4. בעיה אורתופדית כגון כאבי גב, צוואר, שברים וכו'?
ק/ לא	5. אוסטאופורוזיס?
ק/ לא	6. לחץ דם, שאינו מאוזן?
ק/ לא	7. אירוע סרטני בחמש שנים אחרונות?
ק/ לא	8. קוצר נשימה/ בעיה במערכת הנשימה?
ק/ לא	9. סוכרת?
ק/ לא	10. מחלות לב?
ק/ לא	11. התעלפויות/ סחרחורות?
ק/ לא	12. דיכאון?
ק/ לא	13. האם את/ה בהריון?
ק/ לא	14. האם את/ה נוטל תרופה / תוספי מזון כלשהם?
ק/ לא	15. האם את/ה מועמד לניתוח / עברת ניתוח?
ק/ לא	16. האם הושארו בגוף נקזים/ צינורות/ רסיסים/ פלטינות?

**במידה וענית בחיוב באחד מהסעיפים אנא פרט/י :**

---

---

---

**פרט/י חוויות / משברים משמעותיים שעברת בחיך:**

---

---

---

---

---

**מהם הציפיות שלך מהטיפול?**

---

---

---

---

**חשוב לדעת, במקרים הבאים אין באפשרותי לטפל:**

כן/ לא	1. האם את/ה לא מסוגלת לעלות קומה ללא התנשפויות או כאבים בחזה?
כן/ לא	2. האם את/ה עברת שבץ מוחי, אירוע נירולוגי או שיתוק בחלק מהגוף?
כן/ לא	3. האם את/ה חולה במחלה נפשית (פרט לדיכאון)?

### **הצהרה:**

הנני מאשר/ת שאני מודע/ת שהטיפול המבוקש על ידי אינו מהווה תחליף לכל טיפול ברפואה הקוננוציונלית ו/ או לכל התייעצות ברופא קוננוציונלי, וכי אין בכוונתי להפסיק טיפול תרופתי כלשהו ללא התייעצות ברופא.

הנני מאשר/ת שתשובתיי לכל השאלות הן מלאות וכנות ושלא החסרתי כל מידע.

**תאריך :** \_\_\_\_\_ **חתימת המטופל/ת** \_\_\_\_\_

## הצהרת בריאות

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_  
טלפון בבית: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_  
כתובת בבית: \_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_  
אי-מייל: \_\_\_\_\_  
תאריך לידה: \_\_\_\_\_ יום נישואין: \_\_\_\_\_

### הצהרת בריאות :

בחתימתי הנני מצהיר/ה, כי האחריות להחלטה באם מצבי הגופני מתאים לטיפול חלה עלי בלבד. הנני מותר/ת על כל טענה או תביעה כלשהי נגדכם, מנהלכם ועובדכם. בגין כל נזק מכל סוג שהוא העלול להיגרם לי כתוצאה מהטיפולים הניתנים.

האם אתה סובל מהדברים הבאים (נא להשיב לגבי כל הדברים):

מחלות עור:  כן  לא, אם כן, פרט: \_\_\_\_\_  
מחלת לב:  כן  לא, אם כן, פרט: \_\_\_\_\_  
סכרת/לחץ דם:  כן  לא, אם כן, פרט: \_\_\_\_\_  
בעיות עמוד שדרה / פרקים / דלקות מפרקים:  כן  לא, אם כן פרט: \_\_\_\_\_  
ניתוחים/שבירים / נקעים בשנתיים אחרונות:  כן  לא, אם כן פרט \_\_\_\_\_  
שפעת/חום/דלקת כלשהי:  כן  לא, פרט: \_\_\_\_\_  
אפילפסיה:  כן  לא, אם כן, פרט: \_\_\_\_\_  
האם עברת ניתוח פנימי ב-6 חודשים אחרונים:  כן  לא, במידה וכן נא פרט \_\_\_\_\_

האם אתה נוטל תרופות כרוניות:  כן  לא, אם כן פרט: \_\_\_\_\_  
האם את בהריון:  כן  לא - שבוע מספר \_\_\_\_\_  
בעיות גופניות/ אחרות:  כן  לא, אם כן פרט: \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

בבקשה להתקלח לפני כל טיפול ולהקפיד על שתיית נוזלים לאחר כל טיפול.  
רצוי להימנע מלאכול לפחות שעה לפני הטיפול.  
תודה וטיפול מהנה.

שם המטפל/ת \_\_\_\_\_ סוג הטיפול \_\_\_\_\_  
בשעה \_\_\_\_\_ חדר \_\_\_\_\_ משך הטיפול \_\_\_\_\_