

הצהרת בריאות

שם פרטי: שם משפחה:

ת.ז: תאריך לידה:

טלפון: נייד:

כתובת: מייל:

מין: זכר / נקבה גיל:

האם הינך מעשן/ת? כן / לא.

האם הינך שותה אלכוהול? כן / לא.

האם הינך עוסק בפעילות גופנית? כן / לא פרט

.....

הינך מתבקש/ת למלא שאלון פרטים אישיים ומצב בריאותי.

* הערה: הטיפול במטופלים מתחת לגיל 18 מותנה בהסכמת ההורים.

הריני מצהיר בזאת כי:

1. קיבלתי הסבר בדבר מהות הטיפול אותו אני עומד לקבל לבקשתי.
2. במידה ואני סובל/ת מהמחלות הבאות: מחלת לב או כלי דם, מחלה ממארת, אוסטאופורוזיס, סכרת או מחלה אחרת הפוגעת בתפקוד, אני מצהיר/ה שאני במעקב רופא.
3. אני מתחייב/ת כי במידה ויחול שינוי במצב בריאותי, יופיעו אחת מהמחלות או המצבים הנ"ל או אתחיל בטיפול תרופתי ואדווח על כך למטפל ללא דיחוי.
4. במידה ולא אדווח על האמור בסעיפים 2,3 וייגרם לי נזק כלשהו במהלך או כתוצאה מהטיפול, אהיה אחראי באופן מלא ולא תהיה לי או לכל הבא מכוחי, תביעה או טענה בהקשר זה כלפי המטפל וכל מי שעובד ברשותו.
5. ידוע לי כי הטיפול ברפואה משלימה אינו מהווה תחליף לטיפול רפואי ו/או פסיכולוגי ו/או לכל התייעצות רפואית קונבנציונלית וכי אין בכוונתי להפסיק טיפול תרופתי כלשהו ללא התייעצות עם הרופא המטפל שלי.

תאריך: חתימה:

האם הינך סובל/ת מאחת הבעיות המצוינות לעיל (אנא סמן/י ופרט/י)

פרטים

1. מחלת לב וכלי דם כן/לא
2. לחץ דם גבוה / נמוך כן/לא
3. מחלת נשימה כלשהי כן/לא
4. סרטן ו/או גידול אחר כן/לא
5. סכרת כן/לא
6. בעיות קרישה כן/לא
7. יתר שומנים בדם כן/לא
8. מחלות כליות / דרכי שתן כן/לא
9. מחלות כבד / כיס מרה כן/לא
10. מחלות מערכת העיכול כן/לא
11. בעיות הורמונליות (מחזור / בלוטת התריס) כן/לא
12. אלרגיות כן/לא
13. מחלות עור ו/או פטריות כן/לא
14. בעיות אף אוזן גרון כן/לא
15. בעיות עיניים כן/לא
16. שברים / נקעים / פציעות כן/לא
17. בעיות עמ"ש / כאבים / דלקות פרקים כן/לא
18. בריחת סידן כן/לא
19. אפילפסיה כן/לא
20. אירוע מוחי בעשור האחרון כן/לא
21. ניתוח בששת החודשים האחרונים כן/לא
22. מחלות חום / שפעת / דלקת כלשהי כן/לא
23. האם הינך בהריון כן/לא
24. נטילת תרופות / תוספי תזונה כן/לא
25. מחלות במשפחה:

.....

26. האם עברת בעבר טיפול ברפואה אלטרנטיבית כן/לא

.....

אם כן, בגין איזו בעיה?

.....

מתי היה הטיפול האחרון?

.....

באיזו שיטה טופלת?

.....

האם הינך נוטל תרופות כלשהן כטיפול בבעיה בגינה הגעת לטיפול? כן/לא

.....

אם כן, אנא פרט:

.....

27. האם ידוע לך על מצב בריאותי שלא נשאלת לגביו באופן מפורש ו/או בשאלון זה, אשר חשוב כי

.....

המטפל ידע אודותיו? כן/לא

.....

.....

הריני מתחייב/ת כי הפרטים בטופס שאלון הפרטים והמצב הבריאותי בהצהרה זו מלאים ונכונים.

על כך באתי החתום:

תאריך: שם מלא: חתימה

.....