

## טופס מותאם למילוי במחשב

### הנחיות למילוי הטופס

כדי למלא את הטופס מהמחשב, עליך:

1. **לשמור את קובץ ה-PDF על המחשב.**
2. **לפתוח את הקובץ באמצעות הגרסה העדכנית של תוכנת אדובי רידר (Adobe Reader).**
3. אם התוכנה מתריעה שיש להוריד חבילת גופנים (fonts), יש **לאשר ולהתקין** אותה לפי ההוראות המוצגות.
4. **חשוב להקפיד על שמירת השינויים בקובץ.**
5. **להדפיס את הטופס, לחתום** בשדה המתאים **ולהביא את הטופס החתום לפגישה עם רופא הייעוץ.**

## הצהרת בריאות

ברוכה הבאה/ה למרפאתנו,

על מנת לשפר את השירות, פיתחנו עבורך את היעוץ הוירטואלי בעזרתו מתאפשרת קבלת טיפולי רפואה משלימה ללא צורך בהגעה למרפאה לפגישת ייעוץ רפואי. מילוי השאלון שלהלן יעזור לצוות המטפל להבין טוב יותר את סיבת פנייתך אלינו וישמש כבסיס להתאמת סוג הטיפול המיטבי עבורך.

### פרטים אישיים\*

שם משפחה:	שם פרטי:	מס' תעודת זהות: (9 ספרות)	תאריך לידה:
רחוב:	מס':	שכונה:	עיר / יישוב:
מיקוד:			
טלפון בבית:	טלפון נייד:	כתובת דואר אלקטרוני:	
מקצוע / עיסוק:	מצב משפחתי:	מספר ילדים:	

1. האם זו הפעם הראשונה בה את/ה מקבל/ת טיפול במרפאתנו? \_\_\_\_\_
- מתי טופלת לאחרונה ובאילו טיפולים? \_\_\_\_\_
2. האם הגעת אלינו בעקבות תאונת עבודה? לא כן. אם כן, צייני/ את מועד הפגיעה \_\_\_\_\_
3. מה הסיבה שבעקבותיה פנית למרפאה? \_\_\_\_\_
- כמה זמן נמשכת בעיה זו? ימים חודשים שנים חומרת התלונה: \_\_\_\_\_
- 1      2      3      4      5      6      7      8      9      10
- (10 = חמור ביותר ומהווה מגבלה למהלך החיים התקין | 1 = אינו מהווה מגבלה כלשהי)
- מהו הברור והטיפול הרפואי שעברת בגין בעיה זו? \_\_\_\_\_
4. האם טופלת בעבר בשיטות רפואה משלימה? לא כן. אם כן, אילו? \_\_\_\_\_
- אם כן, מה היתה ההשפעה? שיפור זמני שיפור קבוע ללא שינוי
5. אם ידוע לך אילו טיפולים ברצונך לקבל סמני/ אותם: \_\_\_\_\_
- דיקור      כירופרקטיקה      אוסטיאופתיה      תרפיה מנואלית      טווינה      שיאצו      רפלקסולוגיה
- ביופידבק      הומיאופתיה      ייעוץ בתזונה טבעית      שיטת אלכסנדר
6. אם ידוע לך אילו טיפולים **אינך מעוניינת** לקבל סמני/ אותם: \_\_\_\_\_
- דיקור      כירופרקטיקה      אוסטיאופתיה      תרפיה מנואלית      טווינה      שיאצו      רפלקסולוגיה
- ביופידבק      הומיאופתיה      ייעוץ בתזונה טבעית      שיטת אלכסנדר

\*שדות חובה

## היסטוריה רפואית

סמני/האם את/ה סובל/ת מהמחלות / מצבים הבאים:

### אורתופדיה:

כאבי גב כאבי צוואר כאבי גפיים כאבי מפרקים גמישות יתר של המפרקים אוסטיאופניה / אוסטיאופורוזיס. באיזו דרגה? \_\_\_\_\_

### מערכת העיכול:

שלשול / עצירות מעי רגיש מחלת מעי דלקתית

### מערכת המין והשתן:

אבנים בכליות דלקות בכליות אי ספיקת כליות דלף שתן בעיות פוריות בעיות הקשורות למחזור גיל המעבר צניחת רחם / שלפוחית השתן

### מחלות כרוניות\*:

מחלות לב מחלת כלי דם יתר לחץ דם סוכרת עודף שומנים בדם אסטמה וברונכיט מחלת בלוטת התריס אין

### נירולוגיה:

אפילפסיה נטייה לאובדן הכרה / עילפון חוסר תחושה / נימול מיגרנה כאב ראש שלא עבר בירור חולשת שרירים פירוט / אחר \_\_\_\_\_

### מחלות מדבקות:

אין איידס צהבת שחפת אחר \_\_\_\_\_

### תסמונות כאב נוספות:

פיברומיאליגיה כאבי בטן שלא עברו בירור פירוט / אחר \_\_\_\_\_

### אחר:

מחלה פסיכיאטרית / בעיה נפשית בעיה רגשית / מתח בעיית שינה סרטן התקרריות חוזרות דלקות מחלות עור (כולל פטרת, פצעים פתוחים, כוויה טרייה) הזעת לילה אובדן משקל לאחרונה עודף משקל אנמיה מחלת חום עכשווית עייפות מתמשכת פירוט / אחר \_\_\_\_\_

האם עברת ניתוחים? לא כן, פירוט מהות ותאריך \_\_\_\_\_

האם סבלת מחבלות כגון: שברים נקעים זעזוע מוח רסיסים תאונות אחר \_\_\_\_\_

האם ידועה אלרגיה / רגישות לחומרים / תרופות\*: לא כן, פירוט: \_\_\_\_\_

האם את/ה נוטלת תרופות באופן קבוע\*: לא כן, פירוט סוג וכמות: \_\_\_\_\_

האם את/ה מעשנת: לא כן

האם את/ה שותה אלכוהול (יותר מכוס ביום): לא כן

האם קיימת רגישות לזריקות, דקירות, לקיחת דם וכו': לא כן

בעיות רפואיות שנמצאות בבירור / בעיות שלא צוינו: לא כן

האם את בהריון: לא כן. אם כן, באיזה שבוע? \_\_\_\_\_

האם עברת אשפוזים? לא כן, פירוט מהות ותאריך \_\_\_\_\_

אנא צרפי/י לטפסים אלו בדיקות עדכניות רלוונטיות (אם ישנן כאלה):

בדיקות דם / פרשנות צילומי רנטגן / CT / MRI / EMG / צפיפות עצם / מיפוי עצמות וכו'.

\*שדות חובה

### הריני מצהיר/ה כי

1. הפרטים שמסרתי בטופס זה על מצב בריאותי הם נכונים ומלאים.
2. בכל מקרה של בעיה בריאותית חדשה, עלי ליידע את הרופא/מטפל ב"מכבי טבעי".
3. **לידיעתך:** אני מסכימה/ה כי לצורך מתן הייעוץ במכבי טבעי, הרופא המייעץ יצפה במידע רפואי בתיקי הרפואי במכבי שירותי בריאות. ידוע לי כי המידע הרפואי הרלוונטי לטיפול המומלץ יועבר למטפל במכבי טבעי ע"י הרופא המייעץ. ועל כך באתי על החתום: \_\_\_\_\_
4. ידוע לי שטיפול הרפואה המשלימה אינם באים כתחליף לרפואה הקונבנציונאלית, אלא משלימים אותה. במהלך הטיפול ב"מכבי טבעי" אין להפסיק או לשנות את הטיפול הרפואי הקיים, ללא התייעצות עם רופא מטפל.
5. במקרים שבהם קיים צורך בהמשך טיפול או בירור קונבנציונאלי הם ירוכזו על ידי רופא המשפחה/רופא מטפל.
6. ידוע לי כי זכותי לבקש ולקבל מידע אודות הטיפולים המוצעים.
7. ידוע לי כי השפעת הטיפולים הינה אישית ושונה מאדם לאדם.
8. תנאי ומועד התשלום יהיו בהתאם לנהוג ולמקובל במרפאות "מכבי טבעי", בהתאם לתנאים המפורטים בהצעת הטיפול שהוצעה לי.
9. הנני מתחייב/ת לשלם את מלוא הסכומים שאהיה חייבת בגין הטיפול, בהתאם למחירים והתנאים המקובלים ב"מכבי טבעי".
10. ידוע לי כי תנאי לקבלת הטיפולים במכבי טבעי הינו אישור טופס זה ע"י רופא מייעץ או הפנייה לפגישת ייעוץ רפואי פרונטלי עפ"י שיקול דעתו של הרופא המייעץ.

תאריך:	חתימת המטופל/ת:

במקרה של קטינה, ייחתם ע"י אפוטרופוס

שם פרטי ומשפחה:	קירבה:	ת.ז.:	חתימת האפוטרופוס: