

## מרכז לשיכוך כאב - קיסריה

D.O.M. (Canada), L.Ac., ר"ר אילת גולדמן-רידל,

דוקטור לרפואה סינית

### השאלון אישי וסודי לגמרי. הוא אינו מועבר לאף גורם חיצוני בשום מקרה

תודה על רצונך להיעזר ברפואה סינית. בעזרת שאלון זה אוכל להתאים לך את הטיפול המקצועי ביותר. אנא הקפדי/י למלא אותו ביסודיות. חשוב לציין שכל פרט שלפעמים נראה חסר משמעות ואינו רלוונטי חשוב מאוד להצלחת הטיפול. הפרטים בשאלון יעזרו לי למקסם את הטיפול כדי שביחד נגיע לתוצאות ונפיק הצלחה מרבית וגם הנאה מהטיפול. רפואה שלמה!

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_

מין:  נקבה  זכר  ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

טלפונים: \_\_\_\_\_

בית: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_ עבודה: \_\_\_\_\_

דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_

האם הינך מסכים/ה לקבל תכתובות בדואר אלקטרוני מד"ר גולדמן-רידל?  כן  לא

מצב משפחתי:  רווק/ה  נשוי/אה  אלמן/ה  גרושה  מס' ילדים: \_\_\_\_\_

האם הינך נמצאת/ת רוב היום:  במשרד או בבית  תחת כיפת השמיים

האם הינך מצוי/ה תחת לחץ בעבודה (פיזי, נפשי, חשיפה לחומרים כימיים וכד'): \_\_\_\_\_

סיבת הפנייה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

האם אובחנה בעייה רפואית? \_\_\_\_\_

כמה זמן הנך סובלת/ת מבעייה זו? \_\_\_\_\_

מה לדעתך גרם לבעייה? \_\_\_\_\_

עד כמה הבעייה מפריעה לך בחיי היום-יום? (עבודה, שינה, יחסי מין וכד') \_\_\_\_\_

האם קיבלת טיפולים לבעייה זו? אם כן, אילו? \_\_\_\_\_

מה גורם להקלה במצב? \_\_\_\_\_

מה גורם להחמרה במצב? \_\_\_\_\_

## שאלון פרטים אישיים למטופל/ת

האם מישהו במשפחה סובל מבעייה דומה או זהה? \_\_\_\_\_  
הערות או מידע נוסף שברצונך לחלוק: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### פרופיל רפואי

גובה: \_\_\_\_\_ משקל כעת: \_\_\_\_\_ משקל לפני שנה: \_\_\_\_\_  
משקל מקסימלי: \_\_\_\_\_ באיזו שנה? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### היסטוריה רפואית (אנא ציין /י חודש/שנה ומתי בוצעה אבחנה)

ניתוחים \_\_\_\_\_

אישפוזים \_\_\_\_\_

טראומה (תאונות דרכים, פציעות ספורט וכד') \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

אלרגיות (תרופות, חומרים כימיים, מזון, גורמים סביבתיים): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

אנא ציין/י את שמות ומינון התרופות שהינך לוקח/ת או שלקחת בחודשיים האחרונים (כולל תרופות ללא

מרשם רופא, ויטמינים ותוספי מזון, עשבי מרפא וכד'): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### האם את/ה או מישהו מבני משפחתך הקרובה סובל/ת או סבל/ה בעבר מ:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> סרטן (איזה סוג) | <input type="checkbox"/> בעיות בדרכי הנשימה |
| <input type="checkbox"/> טוברקולוזיס     | <input type="checkbox"/> סכרת               |
| <input type="checkbox"/> מחלת לב         | <input type="checkbox"/> כולסטרול גבוה      |
| <input type="checkbox"/> הפאטיטיס        | <input type="checkbox"/> בעיות בדרכי העיכול |
| <input type="checkbox"/> לחץ דם גבוה     | <input type="checkbox"/> בעיות בבלוטת התריס |
| <input type="checkbox"/> מחלות מין       | <input type="checkbox"/> איידס/ HIV         |
| <input type="checkbox"/> בעיות נפשיות    | <input type="checkbox"/> אפילפסיה           |
| <input type="checkbox"/> אלכוהוליזם      | <input type="checkbox"/> אנמיה              |
| <input type="checkbox"/> דלקת פרקים      | <input type="checkbox"/> דכאון או חרדה      |
| <input type="checkbox"/> אחר:            |   |

\_\_\_\_\_

### הרגלים:

## שאלון פרטים אישיים למטופל/ת

האם הינך מעשן/ת?  כן  לא

כמות ליום: \_\_\_\_\_ החל מגיל: \_\_\_\_\_

האם הינך נוטלת/ת או נטלת/ת בעבר תרופות שלא למטרה רפואית? אם כן, אילו? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

האם הינך עוסק/ת בפעילות גופנית?  כן  לא

אנא תארי/י את תכנית האימונים שלך: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

מספר שעות שינה ביממה: \_\_\_\_\_ באיזו שעה הינך הולך/ת לישון בלילה? \_\_\_\_\_

### תזונה:

כמה כוסות קפה הנך שותה ביום? \_\_\_\_\_ כמה כוסות תה הנך שותה ביום? \_\_\_\_\_

כמה כוסות משקאות מוגזים הנך שותה ביום? \_\_\_\_\_

אילו משקאות אלכוהליים הינך שותה, אם בכלל: \_\_\_\_\_

מספר משקאות אלכוהליים ממוצע בשבוע: \_\_\_\_\_

כמה כוסות/ליטר מים הנך שותה ביום? \_\_\_\_\_

האם הנך צמחוני?  כן  לא  כן, אך חורגת/ת לפעמים

האם הנך מרבה באכילת מאכלים חריפים?  כן  לא

האם הנך מרבה באכילת מאכלים מתוקים?  כן  לא

אנא תארי/י את התפריט היומי האופייני שלך. נסה/י להיות מדויק/ת ככל האפשר:

ארוחת בוקר: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ארוחת צהריים: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ארוחת ערב: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ארוחות ביניים: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

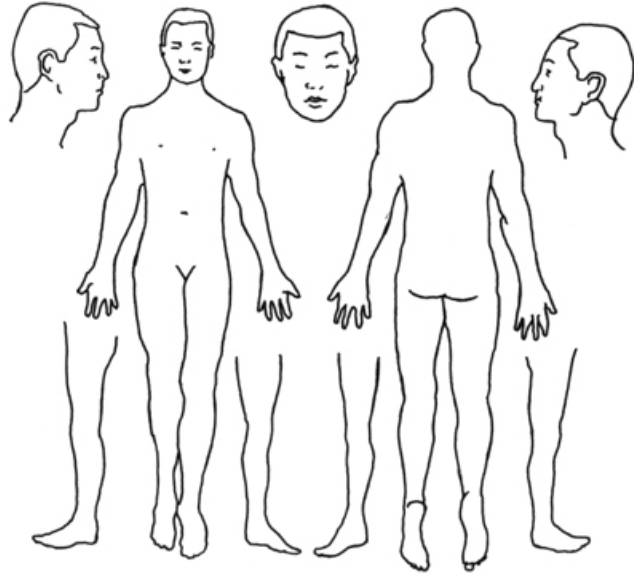
הערות ומידע נוסף (למשל בנושא תזונה): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**אנא סמן/י בציור את האזורים הכואבים לך:**

## שאלון פרטים אישיים למטופל/ת



**אנא סמני/י האם הינך סובל/ת או סבלת (בשלושת החודשים האחרונים):**

### כללי:

- ירידה בתיאבון  הפרעות שינה  עייפות  חום  צמרמורות  הזעת לילה
- מזיעה בקלות  רעידות  הפרעה בשיווי משקל  נטייה לחבורות כחולות
- שינוי בתיאבון  ירידה במשקל  עלייה במשקל  תשוקה למזון מסויים
- צמא מוגבר  תשוקה למאכלים קרים  תשוקה למאכלים חמים
- חולשה במקום מסויים בגוף  נפילה באנרגיה (באיזו שעה של היום? \_\_\_\_\_)
- עונה או חודש אהוב בשנה: \_\_\_\_\_ עונה או חודש שאינו אהוב בשנה: \_\_\_\_\_

### שיער ועור:

- פריחות  כיבים  תגובות אלרגיות בעור (סרפדת)  גירודים  אקזמה
- פצעונים  אקנה  קשקשים  עור יבש  שומות שיצאו לאחרונה
- נשירת שיער  ארגמנת  שינוי במרקם העור או השיער  אחר \_\_\_\_\_

### מערכת הנשימה:

- שיעול  שיעול מלווה בדם  חרחורים  קשיים בנשימה  ברונכיט
- דלקת ריאות  כאב בחזה  ליחה – באיזה צבע? \_\_\_\_\_

### מערכת השלד והשרירים:

## שאלון פרטים אישיים למטופל/ת

- בעיות במפרקים  חולשת שרירים  כאבי שרירים  רעידות  
 נפיחות בידיים או ברגליים  קושי בהליכה  עקמת  כאב גב  
 שבר (הרניה)  קור בכפות הידיים או בכפות הרגליים  תחושת רדימות  
 תחושת עקצוץ  מתח שרירי באיזור הצוואר  כאב צוואר  כאב בכתף  
 כאב בפרק כף היד  כאב במפרק הירך  כאב ברכיים  נקע  
 תחושת נימול אחר: \_\_\_\_\_

### ראש, עיניים, אף-אוזן-גרון:

- סחרחורת  זעזוע מוח  מיגרנות  משקפיים/עדשות מגע  
 כאב או מתח באיזור העיניים  עיוורון צבעים  עיוורון לילה  בעיות ראייה  
 קאטרקט  ראייה מטושטשת  כאבי אוזניים  צפצופים באזניים  בעיות שמיעה  
 כתמים בראייה  דימום מהאף  כאב גרון  חריקת שיניים  בעיות שיניים  
 כאב באיזור הפנים  נקישות בלסת  פצעים על השפתיים או על הלשון  קושי בבליעה  
 אחר: \_\_\_\_\_

### לב וכלי דם:

- לחץ דם גבוה  לחץ דם נמוך  כאבים בחזה  דפיקות לב  התעלפות  
 דלקת ורידים  אי סדירות בקצב הלב  פעימות לב מהירות  דליות  
 אחר: \_\_\_\_\_

### מערכת העיכול:

- בחילות  הקאות  שלשול  עצירות  גאזים  גיהוקים  
 צואה שחורה  דם בצואה  קלקול קיבה  ריח רע מהפה  כאב ברקטום  
 טחורים  כאבים/התכווצויות בבטן  בעיות בכיס המרה  פרזיטים  
 שימוש קבוע בלקסטיבים  
 יציאות: תדירות \_\_\_\_\_ צבע \_\_\_\_\_ מרקם \_\_\_\_\_

### ניאורו-פסיכולוגיה:

- אובדן שיווי משקל  אובדן קואורדינציה  דכאון  חרדה  מתח  
 רוגזנות יתר  דו-קוטביות

### מערכת השתן והמין:

- אבנים בכליות  כאבים במתן שתן  השתנה תכופה  דם בשתן  צורך דחוף בהשתנה  
 חוסר יכולת להחזיק שתן  השתנה בטפטופים  הפסקת הזרם בהשתנה  
 דלקות חוזרות בדרכי השתן  כאב באיבר המין  תחושת גירוד באיבר המין

## שאלון פרטים אישיים למטופל/ת

פריחה באיבר המין  מחלות מין  אחר: \_\_\_\_\_

### נשים:

דלקות חוזרות בנרתיק  דלקות באגן  אנדומטריוזיס  ציסטות בשחלות  
 מחזור לא סדיר  גושים במחזור  הפרשות מהנרתיק  
 כאב/התכווצויות לפני/בזמן המחזור  רגישות בשדיים  גושים בשדיים  
 בעיות פריון  גלי חום  שינוי מצב רוח לפני או בזמן מחזור  
מס' הריונות: \_\_\_\_\_ מס' לידות: \_\_\_\_\_ הפלות: \_\_\_\_\_ גרידות: \_\_\_\_\_  
לידות מוקדמות: \_\_\_\_\_ ניתוחים קיסריים: \_\_\_\_\_ לידות קשות: \_\_\_\_\_  
באיזה גיל קיבלת מחזור ראשון? \_\_\_\_\_ תאריך היום הראשון של המחזור האחרון: \_\_\_\_\_  
האם הינך משתמשת באמצעי מניעה?  כן  לא אם כן, איזה סוג וכמה זמן \_\_\_\_\_  
באם הינך נוטלת גלולת למניעת הריון, אנא רשמי את שם הגלולה וכמה זמן הינך נוטלת אותה: \_\_\_\_\_

### גברים:

בעיות בבלוטת הערמונית  הפרשות  בעיות זיקפה  בעיות שפיכה  
 שכיחות גבוהה של פליטות זרע  בעיות פריון  כאב או נפיחות באשכים  
 אחר: \_\_\_\_\_

### האם ישנם נושאים נוספים הקשורים לבריאותך שברצונך לדון עליהם?

---

---

---

מה חשוב לך לקבל מהטיפול? \_\_\_\_\_

---

האם טופלת בעבר באמצעות דיקור סיני או צמחי מרפא?  כן  לא

כיצד שמעת על המרפאה?

## שאלון פרטים אישיים למטופל/ת

- \_\_\_\_\_  הופנית ע"י
- \_\_\_\_\_  חדשות קיסריה
- \_\_\_\_\_  עברתי ליד המרפאה
- \_\_\_\_\_  אינטרנט/אתר
- \_\_\_\_\_  אחר (אנא פרט):

מלאתי טופס זה כמיטב ידיעתי.  
הנני מצהיר כי הגעתי לטיפולים מרצוני החופשי והנני מביע את הסכמתי לקבלת טיפולים ברפואה סינית (דיקור סיני ופורמולות צמחי מרפא במידת הצורך) מד"ר אילת גולדמן-רידל. הסכמתי זו תקפה בעבור טיפולים בגין מצבי הנוכחי וכן בעבור בעיות עתידיות שבעבורן אגיע לקבלת טיפולים.

שם: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

בן/בת זוג

הורה או אפוטרופוס

מטופל בגיר