

מרכז לשיכוך כאב - קיסריה

D.O.M. (Canada), L.Ac., ד"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 הקפד/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: נייד: _____ אחר: _____

דואר אלקטרוני: _____

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

מצב משפחתי: רווק/ה / נשוי/אה / אלמ/ה / גרוש/ה ילדים: _____

עיסוק: _____

האם הנך נמצא/ת רוב היום: במשרד או בבית תחת כיפת השמיים

האם הינך מצוי/ה תחת לחץ בעבודה (פיזי, נפשי, חשיפה לחומרים כימיים) _____

סיבת הפנייה: _____

האם אובחנה בעייה רפואית? _____

כמה זמן הנך סובל/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, אלו? _____

מה גורם להקלה במצב? _____

האם מישהו במשפחה סובל מבעייה דומה או זהה? _____

הערות או מידע נוסף שברצונך לחלוק: _____

שאלון פרטים אישיים למטופל/ת

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:

האם הינך מעשן/ת? כן לא כמות ליום: _____ החל מגיל: _____
האם הינך נוטל/ת או נטל/ת בעבר תרופות שלא למטרה רפואית? אם כן, אילו? _____
האם הינך עוסק/ת בפעילות גופנית? כן לא
מספר שעות שינה ביממה: _____ באיזו שעה הינך הולך/ת לישון בלילה? _____

שאלון פרטים אישיים למטופל/ת

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: _____

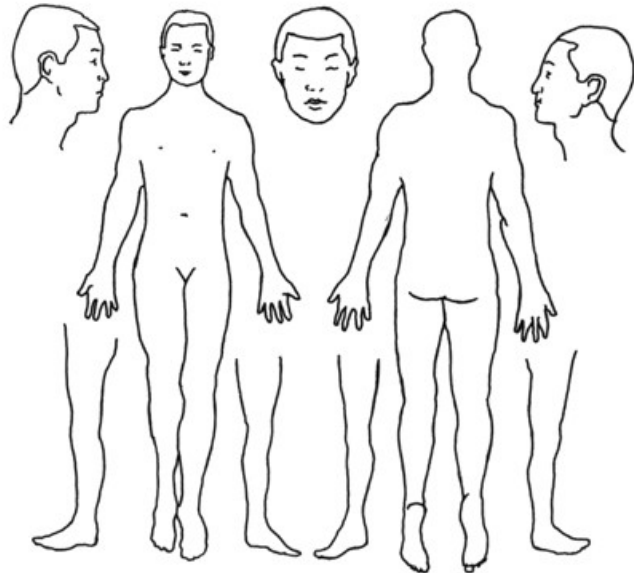
כמה כוסות/ליטר מים הנך שותה ביום? _____

האם הנך צמחוני? כן לא כן, אך חורגת לפעמים

האם הנך מרבה באכילת מאכלים חריפים? כן לא

האם הנך מרבה באכילת מאכלים מתוקים? כן לא

אנא סמני בציור את האזורים הכואבים לך:



שאלון פרטים אישיים למטופל/ת

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

כללי:

- ירידה בתיאבון הפרעות שינה עייפות חוס 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: _____

מערכת הנשימה:

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

מערכת השלד והשרירים:

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

האם ישנם נושאים נוספים הקשורים לבריאותך שברצונך לדון עליהם?

שאלון פרטים אישיים למטופל/ת

מה חשוב לך לקבל מהטיפול _____?

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

כיצד שמעת על המרפאה? הופנית ע"י _____

פייסבוק

אינסטאגרם

עברתי ליד המרפאה

אינטרנט/אתר

אחר (אנא פרט:)

מלאתי טופס זה כמיטב ידיעתי.

הנני מצהיר כי הגעתי לטיפול 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. ידוע לי כי ד"ר אילת גולדמן-רידל הינה ד"ר לרפואה סינית ואיננה רופאה מערבית (M.D). כמו כן ידוע לי שהטיפול שאקבל אינו מבטל את הצורך (במידה וקיים) לפנייה לרופא בתחום הרפואה המערבית ואי פניה שלי לכזה הינה על פי החלטתי הבלעדית ואחריותי בלבד. ידוע לי כי כל שינוי מהמלצות שניתנו ע"י רופא יעשה בתיאום עימו, לרבות נטילת תרופות, בדיקות מעקב או כל המלצה אחרת.

שם: _____ ת.ז. _____ חתימה: _____

תאריך: _____

מטופל בגיר הורה או אפוטרופוס בן/בת זוג