

הצהרת בריאות זמן ערבה

שם מלא _____ ת.ז. _____
כתובת _____ טלפון _____

השאלון הינו אישי לצורך התאמת הטיפול המתאים ביותר עבורך. במידה ולא ימסר מידע מלא ואמיתי לשאלות המצורפות אזי האחריות להשלכות תהיינה על המטופל בלבד.
הנני מצהיר בזאת כי אני מקבל את הטיפול הנ"ל מרצוני והתשובות שאמסור יהיו אך ורק האמת.

- האם הינך בהיריון? אם כן צייני באיזה שבוע, והאם ההריון תקין? אם לא צייני בפירוט את הבעיות.
 - האם הינך סובלת/מאפילפסה?
 - האם ישנה בעית שלד/עמוד שדרה?
 - האם ישנם שברים/נקעים?
 - כאבי/דלקות פרקים.
 - בעיות שרירים: כאבים כרוניים/ניוון/דלקות שרירים.
 - האם בחצי שנה האחרונה עברת ניתוח כלשהוא?
 - האם הינך סובלת/ממחלות לב/לחץ דם גבוה? אם כן אנא פרט כיצד מטופל.
 - האם הינך סובלת/מסוכרת? אם כן, פרט את אופן הטיפול.
 - האם ישנה אלרגיה כלשהיא?
 - האם הינך סובלת/ממגרנות? אם כן, פרט את אופן הטיפול.
 - האם הינך סובלת/מדיכאון. אם כן, פרט את אופן הטיפול.
 - האם הינך סובלת/או סבלת בעבר מסרטן? אם כן מהו הטיפול?
 - איידס HIV
 - בעיות הורמונליות? אם כן, מהו הטיפול.
 - האם ישנה בעיה נוספת ממנה הינך סובלת?
- _____
- האם הינך נוטלת/תרופות נוספות באופן קבוע?
- _____

הנני מצהיר בזאת כי:

ידוע לי כי טיפול זה אינו מחליף טיפול רפואי. ובמקרה הצורך נועצתי עם רופא לפני קבלת הטיפול.
איני מסתיר/ה מהמטפל כל מידע נוסף ו/או בעיה רפואית נוספת אשר לא הוזכרה בשאלון זה אשר עלולה באופן כלשהוא לסכן את בריאותי.

המידע שמסרתי הינו מלא ונכון ומאושר על ידי.

אני מודעת/לכך שהטיפול שאקבל מבוסס על הצהרה זו.

תאריך _____ שם מלא _____ חתימה _____