

## הצהרת בריאות

ברוכים באשר תהיו,

מטופלות ומטופלים יקרים, כחלק משיפור השירות ודרישת חברת הביטוח המקצועי הרפואי, הנכם מתבקשים למלא את טופס הצהרת הבריאות. מלבד הדרישה הביטוחית ועל מנת לחסוך לכם זמן בנייתו אותו באופן שימש כהכנה לפגישת הייעוץ שלנו. מילוי השאלון במלואו יעזור לי להבין טוב יותר את סיבת פנייתכם אליי וישמש כבסיס להתאמת סוג ואופי הטיפול המיטבי עבורכם.

במקרים של מחלות רקע, טופס זה חייב בחתימה וחותמת סמכות רפואית של רופא המשפחה ו/או רופא מומחה אחר שעייין בתיקו הרפואי של המטופל/ת.

את הטופס לאחר מילוי ניתן להעביר בדואר אלקטרוני או בהודעת ווטסאפ לאחר מילוי כלל הסעיפים וחתימת המטופל/ת והרופא המטפל וזאת לפני תיאום פגישת הטיפול. עליכם להדפיס, למלא, לחתום ולהחתים את הרופא המטפל ידנית ולשלוח עותק, כאשר את הטופס המקורי יש להביא לפגישה ביום הטיפול.

אנא צרפו לטפסים אלה בדיקות עדכניות רלוונטיות אם ישנן כאלה:

בדיקות דם, פרשנות צילומי רנטגן/ CT/ MRI/EMG / צפיפות עצם/ מיפוי עצמות/ חוות דעת רפואית מרופא מומחה.

### פרטים אישיים:

שם משפחה:	שם פרטי:	מספר הזהות (9 ספרות):	תאריך לידה:
מקצוע/ עיסוק:	טלפון בבית:	טלפון נייד:	כתובת:
מס' בית/ דירה:	ת.ד.:	עיר/ ישוב:	מיקוד:
קופת חולים:	פייסבוק:	כתובת דוא"ל:	



עלייה חי

טיפול בכאב, ריפוי ושיקום הגוף

## הצהרת המטופל:

1. איך הגעת אלינו? אינטרנט \_\_\_\_\_ המלצת חבר/ה, ציינו שם החבר \_\_\_\_\_.
2. מהי סיבת פנייתך אלינו? \_\_\_\_\_  
כמה זמן נמשכת בעיה זו ומה חומרת הכאב? פרט/י: \_\_\_\_\_.
3. האם הגעת אלינו בעקבות תאונת עבודה או תאונת דרכים? כן לא.  
אם כן ציין/ני מועד ומהות הפגיעה: \_\_\_\_\_  
תיאור הפגיעה: \_\_\_\_\_.
4. האם קבלת טיפולים פרא-רפואיים וטיפולים ברפואה משלימה בעבר ולא יזו מטרה? כן לא  
פרט/י: \_\_\_\_\_.
5. האם חל שיפור בעקבות הטיפול שקיבלת? אם כן, סמני: שיפור זמני שיפור קבוע לא שינוי  
פרט/י: \_\_\_\_\_.
6. האם הנך מקבל/ת טיפולי שימור ותחזוקה שוטפים לגוף? כן לא  
אם כן, פרט/י: \_\_\_\_\_.
7. **נא סמני את השיטות המועדפות עליך אם ישנם כאלה מתוך המפרט:**

אני בוחר לקבל טיפול משולב, למטרת טיפול בכאב, ריפוי ושיקום הגוף, לפי שיקול דעתו של המטפל.

ספורט-תרפיה: עיסוי ספורטאים, תרפיה מנואלית, קינזיו-טיפינג, חבישות ספורט, PNF.

רפואה סינית/ דיקור סיני / דיקור בגישות שונות: סו-ג'וק, דיקור אוריקולרי, דיקור יפני.

טיפול מגע שונים: מגוון עיסויים רפואיים (חלקם בשילוב שמנים), שיאצו, רפלקסולוגיה, תאילנדי.

יעוץ ולווי לשינוי בתזונה והכוונה לאורח חיים בריא.

אימון טיפולי אקטיבי: מעודד בניית עצם, מפיג כאב ומגדיל טווחי תנועה. מבוסס ספורט תרפיה, צ'י-קונג ויוגה.

טיפול לימפטי להצרת היקפים בשילוב טכנולוגיה חדשנית מתקדמת (מתאים גם לספורטאים).

טיפולים קוסמטיים מגוונים בשילוב חומרים טבעיים, חבישות מומיה וחבישות שונות.

טיפול, טיפוח ושיקום כף היד/כף הרגל.



עלייה חי

טיפול בכאב, ריפוי ושיקום הגוף

## 8. האם הנך מתנגד/ת לשילוב אחד או יותר מאמצעי העזר הנ"ל:

דיקור	כוסות רוח	חימום במוקסה	שילוב אבנים חמות	שילוב נרות הופי
קומפרסים חמים או קרים	הקזת דם	שילוב מניפולציות (אוסטיאופתיה)	שילוב מכשור רפואי	

### היסטוריה רפואית

#### סמני/ה האם הנך סובל או סבלת בעבר מאחת המחלות או אחד המצבים הבאים:

##### אורתופדיה:

כאבי גב      כאבי צוואר      כאבים בגפיים (עליונות או תחתונות)      כאבי פרקים      גמישות יתר במפרקים

פרט/י: \_\_\_\_\_

#### **סמני/ה האם הנך סובל מלקויות מבניות מולדות או נרכשות בעמוד השדרה וצפיפות העצם, אם ידוע על כאלה:**

סקוליוזיס Scoliosis – עיקול מוגבר של עמ' השדרה

קיפוזיס Kyphosis קימור מוגבר בגב עליון

ולגוס או וארוס בברכיים

היפר או היפו לורדוזיס Lordosis- קימור או יישור יתר בצוואר או בגב תחתון

אוסטיאופניה/ אוסטיאופורוזיס/ אוסטיאומיאליטיס

ארטריטיס/ אוסטיאוארטריטיס

פלטפוס/ אולפוס בכפות רגליים

ספינה ביפידה

ספונדילוזיס/ ספונדילוליטיטיס/ אנקילוזינג ספונדיליטיס (בכטרב)

שברים

נקעים

פריקת מפרק כתף

פריקה מפרקית אחרת

קרעים: גידים, רצועות, שרירים

אחר: \_\_\_\_\_

פרט/י: \_\_\_\_\_



עלייה חי

טיפול בכאב, ריפוי ושיקום הגוף

**סמני האם הנך סובל או סבלת בעבר מאחת המחלות או אחד המצבים הבאים:**

**מערכת ודרכי עיכול:**

רפלקס ושטי	בקע סרעפתי	אולקוס	צליאק	קרוהן	קוליטיס	מעי רגיז
שלשולים	עצירות	טחורים	פיסורה	רגישות/אלרגיה למזונות מסוימים		
רפלקס כלייתי	מחלות רקע או תופעות אחרות.					

פרט/י: \_\_\_\_\_

**מחלות/בעיות כרוניות:**

מחלות לב	צניחת שלפוחית השתן
מחלות כלי דם	דלף שתן
כליות: אבנים/בעיות אחרות	דלקות בדרכי השתן
מחלות מערכת הנשימה: אסטמה/ ברונכיטי/אחר	בעיות בערמונית
עודף שומנים בדם	בעיות בתפקודי כבד
מחלות אוטואימוניות	כבד שומני
סוכרת מבוגרים	אבנים בכיס מרה
סוכרת נעורים	מחלות או בעיות של בלוטת תריס ויותרת התריס
תופעות גיל המעבר	קשיון במפרקים
בעיות פוריות	פיברומיאלגיה
בעיות וסת	תסמונות כאב שונות
צניחת רחם	מחלת הנשיקה
בעיות בשחלות	אחר: _____

פרט/י: \_\_\_\_\_

לציין סוג המחלה/הבעיה והטיפול בה: \_\_\_\_\_

**נוירולוגיה:**

אפילפסיה	איבוד הכרה	עילפון	סחרחורות
מיגרנה	כאב ראש	הפרעות מוטוריות	הפרעות תחושתיות
הפרעות בשיווי משקל	חוסר תחושה	נימול בגפיים או בקצוות	חולשת שרירים
אירוע מוחי	בעיות ראייה/עיניים	אחר: _____	

פרט/י: \_\_\_\_\_



עלייה חי

טיפול בכאב, ריפוי ושיקום הגוף

מחלות מדבקות:

צהבת      שחפת      איידס

אחר:

מחלות/תסמונות/בעיות שונות:

השמנת יתר	אנמיה
רזון	קרישיות יתר בדם
עלייה/ ירידה פתאומית ולא מכוונת במשקל הגוף	דילול הדם
עלייה/ ירידה קיצונית ברמת הסוכר בדם	עייפות מתמשכת וחוסר חיוניות
עבר אונקולוגי וטיפולים בהקרנות/כימותרפיה/אחר	התקרריות תכופות
גידולים שפירים	מחלות עור: פסוריאזיס, פטרת עור, אחר
הזעת יתר	פטרת ציפורניים
הזעת לילה	פצעים/סדקים פתוחים
דלקות קבועות או משתנות	הפרעות שינה

אחר: \_\_\_\_\_

פרט/י: \_\_\_\_\_

האם אושפזת בעבר? בבית חולים/ מוסד לגמילה/ מוסד פסיכיאטרי?      כן      לא

אם כן פרט/י סיבת האשפוז ותאריך: \_\_\_\_\_

האם עברת ניתוחים בעבר?      כן      לא

פרט/י: \_\_\_\_\_

האם הנך סובל/ת או סבלת בעבר, ממחלה פסיכיאטרית/ מצבי רוח/ בעיות רגשיות/ אחר?      כן      לא

אם כן פרט/י: \_\_\_\_\_

האם הנך מטופל/מאוזן באמצעות טיפול תרופתי פסיכיאטרי?      כן      לא

אם כן פרט/י: \_\_\_\_\_

האם יש הפרעות במהירות תגובה, זיכרון, התמצאות בזמן ובמקום?      כן      לא

אם כן פרט/י: \_\_\_\_\_

האם הנך נוטל/ת תרופות/ סטרואידים/ מדללי דם/ אחר באופן קבוע?      כן      לא

אם כן פרט/י: \_\_\_\_\_

האם הנך נוטל/ת תוספי מזון, צמחי מרפא, תרופות טבעיות באופן קבוע?      כן      לא

אם כן פרט/י: \_\_\_\_\_



## עלייה חי

טיפול בכאב, ריפוי ושיקום הגוף

האם הנך מעשנת/סיגריות/אחר?      כן      לא

אם כן פרטי/י תדירות וכמות: \_\_\_\_\_

האם הנך צורכת/סמים או תרופות העלולות להשפיע על מצב ההכרה או יכולת השיפוט?      כן      לא

אם כן, פרטי/י: \_\_\_\_\_

האם הנך מרבה בשתיית משקאות חריפים לעיתים קרובות (יותר מכוס ביממה)?      כן      לא

אם כן פרטי/י: \_\_\_\_\_

האם ידוע לך על רגישות לתרופות או חומרים אחרים?      כן      לא

אם כן פרטי/י: \_\_\_\_\_

האם יש שתל/ גוף זר/התקן קבוע בגופך? קוצב לב, חיישן כלשהו באוזניים, אלקטרודות, התקן תוך רחמי,

רסיס, אחר?      כן      לא

אם כן פרטי/י: \_\_\_\_\_

האם ישנם מחלות/בעיות רקע אחרות שלא הוזכרו בשאלון הנ"ל?      כן      לא

אם כן פרטי/י: \_\_\_\_\_

### הריני מצהיר/ה בזאת כי,

\*הפרטים שמסרתי בטופס זה, הינם נכונים, מלאים ותואמים את מצבי הבריאותי והרפואי.

\*אני מצהיר/ה ומתחייב/ת למסור למטפל/ת ידיעות מלאות על שינוי במצבי הרפואי.

\*ידוע לי שטיפולים במסגרת הרפואה המשלימה אינם באים כתחליף לרפואה הקונבנציונלית המערבית, אלא משולבים איתה למטרת תוצאות מיטביות. כל שינוי שאעשה בצריכת טיפול או בהפסקת טיפול קונבנציונלי קיים, יעשה אך ורק באישור והתייעצות עם הרופא המטפל ולא על דעתי או על דעתו של המטפל ברפואה משלימה.

\*ידוע לי כי השפעת הטיפולים עשויה להשתנות מאדם לאדם והנה אישית ואינדיבידואלית.

\*הובהר לי כי ייתכנו תופעות לוואי ו/או תגובות לאחר הטיפול (אם כי הינם נדירים).

כגון: פריחה, אודם, צריבה, חום, תשישות, חולשה, עייפות, כאבי שרירים, סחרחורות, אחר ועוד...

\*הובהר לי כי רצוי לנוח ולהימנע ממאמץ פיזי מופרז לאחר טיפול.

\*הריני מוותר/ת בזאת על הסודיות הרפואית בנוגע למחלותיי ומצבי הרפואי, לטובת המוסדות הרפואיים או

הביטוחיים הבודקים אודותיי והנני מבקש/ת בזאת מכל מוסד רפואי למסור כל מידע אמין ומלא בנוגע למצבי

הרפואי וכל מידע אחר שיידרש לרופא מוסמך ו/או לבא כוח.

שם מלא של המטופל (או בא כוחו במקרה של קטין): \_\_\_\_\_, ת.ז.: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_, תאריך: \_\_\_\_\_



עלייה חי

טיפול בכאב, ריפוי ושיקום הגוף

## אישור הרופא:

**\* במקרים של מחלות רקע נדרש להחתים רופא על הצהרת רופא בטופס המצורף.**

\* הריני מצהיר כי הנ"ל חתם על הצהרתו וזיהיתי את המבקש על פי תעודה מזהה.

\* הריני הרופא המטפל והקבוע של מר/גברת \_\_\_\_\_, ת.ז. \_\_\_\_\_,

משנת \_\_\_\_\_, בקופת חולים \_\_\_\_\_.

\* עיינתי בתיקו הרפואי של המטופל, כולל תקופות קודמות בקופות חולים אחרות בהן היה חבר בעבר.

שם הרופא: \_\_\_\_\_, מס' רישיון \_\_\_\_\_

חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_, תאריך \_\_\_\_\_

שם מלא של המטופל (או בא כוחו במקרה של קטין): \_\_\_\_\_, ת.ז.: \_\_\_\_\_,

חתימה: \_\_\_\_\_, תאריך: \_\_\_\_\_.

תודה לך על שיתוף הפעולה,

מאחלת תהליך נורתי, מאחלת ומריפא,

בברכה,

עלייה