

# טל צמיר

## טיפול מבפנים

Tal Tzamir B.Sc., Dipl. AC  
 Certified Acupuncture and Shiatzu Therapist  
 10 Efroni St. Yaaf (Tel Mond area)  
 Tel +972.54.6906468, Fax +972.9.7603021  
 Email: taltzam@gmail.com

מטפלת ברפואה סינית ושיטת NAET  
 עפרוני 10 יעף (גוש תל מונד)  
 טל' 054.6906468, פקס 09-7603021  
 כתובת מייל: taltzam@gmail.com

תאריך: \_\_\_\_\_

### שאלון מקדים לקראת טיפול

פרטים אישיים:

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ זכר / נקבה

תאריך לידה \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ת.ז. 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

כתובת מגורים: \_\_\_\_\_

טלפון נייד: \_\_\_\_\_ כתובת אימייל \_\_\_\_\_

### הצהרה על מצב בריאותי (בעבר ובהווה)

לא	כן	1. האם נוטלת/ת תרופות באופן קבוע?
לא	כן	2. האם טופלת בעבר או מטופלת/ת בהווה בתרופות פסיכיאטריות או תרופות אנטי דיכאוניות?
לא	כן	3. האם הנך חולה במחלת פרקים או עצמות, כגון דלקת פרקים, רומטיזם, ארטריטיס, כאבי גב, צוואר, לומבגו, אישיאס?
לא	כן	4. האם הינך חולה / נשא של מחלה מדבקת? הפטיטיס, HIV, הרפס וכד'
לא	כן	5. האם הינך חולה במחלת לב וכלי דם - שימוש בקוצב לב, התקף לב, טרומבозה, אנגינה פקטוריס, כאבים או לחץ בחזה, קוצר נשימה, אי ספיקת לב, מחנק, הפרעות בקצב הלב, דפיקות לב מורגשות, יתר לחץ דם, ורידים מורחבים, הפרעות במחזור הדם עם כאבים או בצקות (נא הקף בעיגול)
לא	כן	6. האם הינך חולה במחלת מערכת עצבים ומוח – כגון שיתוקים, הפרעות תחושה/תנועה, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, סחרחורות, מיגרנות, אפילפסיה, קלסטרופוביה, הפרעות נפשיות או/ו ניסיונות התאבדות?
לא	כן	7. האם עברת טיפולים בהקרנות, טיפולים כימיים / ביולוגיים / רדיואקטיביים לטיפול במחלת הסרטן? האם עברת ניתוח להסרת גידול סרטני או ניתוח מניעתי?
לא	כן	8. האם הינך חולה במחלת עיניים, אוזניים או/ו גרון, הפרעות ראייה (כגון ראייה כפולה), ליקויי שמיעה, סינוסיטיס? (אם כן נא להקיף בעיגול)
לא	כן	9. האם עברת ניתוחים (כולל פלסטיים) אם כן, פרטי/ סוג הניתוח ומתי בוצע? _____
לא	כן	10. האם קיימת בעיה של דימומים מוגברים? שטפי דם? חברות מרובות? האם נוטלת/ת תרופות לדילול הדם? אם כן, פרטי/ _____
לא	כן	11. האם קיימת רגישות או אלרגיה מסכנת חיים? _____
לא	כן	12. האם את/ה מעשן/ת? אם כן, כמה סיגריות ביום במוצע _____ במשך כמה שנים _____ אם עישנת בעבר באיזו שנה חדלת? _____
לא	כן	13. * לנשים - האם הינך בהיריון?

המשך מעבר לדף .....

האם ידוע לך על מצב בריאותי שלא נשאלת לגביו במפורש, אשר חשוב שהמטפלת תדע אודותיו?  
אם כן, פרטי/

אם התשובה חיובית באי אלו מהסעיפים הקודמים, נא לציין מס' סעיף ולפרט:

### הריני מצהיר/ה בזאת כי:

1. קיבלתי הסבר בדבר מהות הטיפול אותו אני עומד לקבל לבקשתי.
2. במידה ואני סובלת/ת מהמחלות הבאות: מחלת לב או כלי דם, מחלה ממארת, אוסטאופורוזיס, סכרת או מחלה אחרת הפוגעת בתפקוד, אני מצהיר/ה שאני במעקב רופא.
3. אני מתחייב/ת כי במידה ויחול שינוי במצב בריאותי, יופיעו אחת מהמחלות או המצבים הנ"ל או אתחיל בטיפול תרופתי ואדווח על כך למטפל ללא דיחוי.
4. במידה ולא אדווח על האמור בסעיפים 2,3 וייגרם לי נזק כלשהו במהלך או כתוצאה מהטיפול, אהיה אחראי באופן מלא ולא תהיה לי או לכל הבא מכוחי, תביעה או טענה בהקשר זה כלפי המטפלת וכל מי שעובד ברשותו.
5. ידוע לי כי הטיפול ברפואה משלימה אינו מהווה תחליף לטיפול רפואי ו/או פסיכולוגי ו/או לכל התייעצות רפואית קונבנציונלית וכי אין בכוונתי להפסיק טיפול תרופתי כלשהו ללא התייעצות עם הרופא המטפל שלי.
6. הוסברו לי התוצאות המצופות מהטיפול ויחד עם זה הובהר לי שהצלחת הטיפול הינה אישית ואינדיווידואלית לחלוטין ותלויה בתגובתי האישית לטיפול בשילוב אורח חיים מומלץ.

**סודיות רפואית - כל מידע הנמסר ממני, אם בכתב ואם בעל פה נמצא תחת חסיון סודיות רפואית. אין למטפלת רשות למסור מידע זה לאדם או לגוף כלשהו אלא אם קיבלה את רשותי המפורשת בכתב.**

הנני מאשר/ת שתשובתי לכל השאלות הן מלאות וכנות וכי לא הסתרתי מידע.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המטופל/ת \_\_\_\_\_

במקרה של קטין - האפוטרופוס החוקי:  אימא,  אבא,  אחר: \_\_\_\_\_

# טל צמיר

## טיפול מבפנים

Tal Tzamir B.Sc., Dipl. AC  
 Certified Acupuncture and Shiatzu Therapist  
 10 Efroni St. Yaaf (Tel Mond area)  
 Tel +972.54.6906468, Fax +972.9.7603021  
 Email: taltzam@gmail.com

מטפלת ברפואה סינית ושיטת NAET  
 עפרוני 10 יעף (גוש תל מונד)  
 טל' 054.6906468, פקס 09-7603021  
 תשובת מייל: taltzam@gmail.com

### תשאל ראשוני – בוגר

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מלא: \_\_\_\_\_  
 רחוב ומספר בית: \_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_  
 טלפון בית/סלולרי: \_\_\_\_\_ (האם אפשר לאשר תורים בטקסט? כן/לא)  
 אימייל: \_\_\_\_\_ מקצוע: \_\_\_\_\_  
 מין: ז/נ גובה: \_\_\_\_\_ משקל: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_  
 מצב משפחתי: נשוי-נשואה/רווק-רווקה/גרוש-גרושה/אלמן-אלמנה מספר ילדים: \_\_\_\_\_  
 האם קיבלת בעבר טיפול ברפואה סינית? כן/לא אם כן האם זאת הייתה חוויה טובה? \_\_\_\_\_  
 האם לך או למישהו מקרובי משפחה מקרבה ראשונה היו אחת מהבעיות הבאות?:

שם המחלה	אתה/קרוב משפחה	שנה בה חלית
סרטן	_____	_____
צהבת בי/סי	_____	_____
לחץ דם גבוה	_____	_____
מחלות זיהומיות	_____	שם המחלה: _____
סכרת נעורים/הגיל	_____	_____
מחלת לב	_____	_____
אפילפסיה	_____	_____
מחלות מין	_____	שם המחלה: _____
מחלת נפש	_____	שם המחלה: _____

רשום בבקשה את שמות התרופות ו/או תוספי התזונה שאתה לוקח באופן קבוע:

שם התרופה/תוסף ומינון	סיבה לנטילה	כמה זמן?	רופא/מטפל שרשם את התרופה/תוסף	תאריך בדיקה אחרון

# טל צמיר

## טיפול מבפנים

Tal Tzamir B.Sc., Dipl. AC  
Certified Acupuncture and Shiatzu Therapist  
10 Efroni St. Yaaf (Tel Mond area)  
Tel +972.54.6906468, Fax +972.9.7603021  
Email: taltzam@gmail.com

מטפלת ברפואה סינית ושיטת NAET  
עפרוני 10 יעף (גוש תל מונד)  
טל' 054.6906468, פקס 09-7603021  
כתובת מייל: taltzam@gmail.com

ציין מידת שימוש/צריכה של הדברים הבאים:

תכיפות	כן/לא	
_____	_____	קפה
_____	_____	אלכוהול
_____	_____	משככי כאבים
_____	_____	טבק
_____	_____	מים
_____	_____	שתיה קלה

מה הסיבה בגינה הגעת לטיפול היום?

\_\_\_\_\_

איזה סוגי טיפול ניסית עד כה לבעייה זו?

\_\_\_\_\_

עם אילו בעיות בריאותיות נוספות הנך מתמודד/ת כרגע?

\_\_\_\_\_

ציין/י אם הינך סובל/ת מאלרגיות או רגישויות מזון או חשקים למזונות מסוימים (מתוקים, מלוחים, חמוצים וכו')

\_\_\_\_\_

ציין/י אם היו לך תאונות, ניתוחים, אשפוזים : (תאריכים)

\_\_\_\_\_

אנא צרף/י תוצאות בדיקות דם או בדיקות רלוונטיות אחרות:

ציין/י בבקשה (✓) אם הינך סובל מאחד מהסימפטומים הבאים לפעמים ( + ) אם לעיתים תכופות

חוסר תיאבון: \_\_\_ תיאבון מוגבר: \_\_\_ יציאות רכות: \_\_\_ בעיות עיכול: \_\_\_ הקאות: \_\_\_ בחילות: \_\_\_

שיהוקים: \_\_\_ צרבות: \_\_\_ תחושה שהאוכל תקוע: \_\_\_ נטייה למחשבות ודאגות אובססיביות: \_\_\_

בעיות שינה: \_\_\_ דפיקות לב מואצות או בלתי סדירות: \_\_\_ ידיים ורגליים קרות: \_\_\_ סיוטים בלילה \_\_\_

חוסר שקט נפשי \_\_\_ צחוק בלתי מוסבר או נשלט: \_\_\_ תעוקת לב: \_\_\_ כאב בבטן עליונה: \_\_\_

כאבים בחזה: \_\_\_ סיאטיקה: \_\_\_ כאבי ראש: \_\_\_

שיעול כרוני: \_\_\_ קוצר נשימה: \_\_\_ חוש ריח ירוד \_\_\_ בעיות בסינוסים: \_\_\_ מחלות עור: \_\_\_

תחושה קלסטרופובית: \_\_\_ ברונכיט: \_\_\_ קוליטיס \_\_\_ דיברטיקוליטיס \_\_\_ עצירות: \_\_\_ טחורים: \_\_\_

שימוש מוגבר באנטיביוטיקה: \_\_\_

בעיות הקשורות לעיניים: \_\_\_ צהבת: \_\_\_ קשיים עם עיכול אוכל שמן \_\_\_ אבנים בכיס מרה \_\_\_

ציפורניים רכות ושבירות: \_\_\_ קשיים בתכנון ולקיחת החלטות: \_\_\_ נטייה לכעוס או להתרגז בקלות: \_\_\_

התכווצויות ספונטניות בשרירים: \_\_\_ כאבי גב תחתון: \_\_\_ בעיות ברכיים: \_\_\_ ליקוי שמיעה: \_\_\_

צלצולים באוזניים: \_\_\_ אבנים בכליות: \_\_\_ ירידה בחשק המיני: \_\_\_ נשירת שיער מוגברת: \_\_\_

אבנים בכליות: \_\_\_ בעיות הקשורות לשלפוחית השתן: \_\_\_ עייפות מוגברת: \_\_\_ בצקת: \_\_\_

דם בצואה: \_\_\_ צואה שחורה: \_\_\_ נטייה לשטפי דם: \_\_\_ נטייה לדימומים: \_\_\_ נטייה לעילפון: \_\_\_

סחרחורות: \_\_\_ נטייה להתקררויות: \_\_\_ רגישות לשינויים במזג האוויר: \_\_\_

אסטמה: \_\_\_ אלרגיות סביבתיות: \_\_\_ רגישויות מזון: \_\_\_ אלרגיות חריפות למזון: \_\_\_

שינויים פתאומיים במשקל: \_\_\_ כולסטרול/סוכר גבוה: \_\_\_ המוגלובין/פריטין נמוך: \_\_\_ בלוטת תריס

תת/יתר \_\_\_

### שאלות לנשים:

גיל המחזור הראשון שלך: \_\_\_\_\_ גיל המחזור האחרון שלך \_\_\_\_\_ תאריך מחזור אחרון: \_\_\_\_\_

אמצעי מניעה: לא / כן פרטי: גלולות / התקן הורמונלי / התקן שאינו הורמונלי / אחר: \_\_\_\_\_

מספר הימים בין מחזורים \_\_\_\_\_ מספר ימי הדימום: \_\_\_\_\_ צבע הדימום: \_\_\_\_\_

האם יש גושים בדימום? כן/לא \_\_\_\_\_ אם כן, מה גודלם וצבעם? \_\_\_\_\_

מספר ממוצע של תחבושות/טמפונים ליום: \_\_\_\_\_

יום 1 \_\_\_\_\_ יום 2 \_\_\_\_\_ יום 3 \_\_\_\_\_ יום 4 \_\_\_\_\_ יום 5 \_\_\_\_\_ יום 6 ואילך: \_\_\_\_\_

האם אובחנת עם אחד מהבאים: \_\_\_\_\_

מיומות \_\_\_\_\_ ציסטות \_\_\_\_\_ שדיים פוליציסטים: \_\_\_\_\_ PCOS \_\_\_\_\_ זיהום באגן \_\_\_\_\_

קנדידה \_\_\_\_\_ דלקות חוזרות ונשנות בדרכי השתן \_\_\_\_\_ אנדומטריוזיס: \_\_\_\_\_

האם את סובלת מכאבים לפני מחזור? כן/לא, אם כן, מה מיקום הכאב? \_\_\_\_\_

בטן תחתונה: \_\_\_\_\_ גב תחתון \_\_\_\_\_ ירכיים \_\_\_\_\_ מקום אחר: \_\_\_\_\_

מה אופי הכאב? התכווציות: \_\_\_\_\_ כאב חד \_\_\_\_\_ צריבה \_\_\_\_\_ כאב עמום \_\_\_\_\_

נפיחות: \_\_\_\_\_ כאב בלתי נפסק: \_\_\_\_\_ כאב שבא והולך: \_\_\_\_\_

האם את סובלת מאחד מהסימפטומים הבאים? \_\_\_\_\_

הפרשות ואגינליות: \_\_\_\_\_ יובש ואגינלי: \_\_\_\_\_ כאבי ראש: \_\_\_\_\_ בחילות \_\_\_\_\_

שדיים נפוחים: \_\_\_\_\_ תיאבון בלתי נשלט: \_\_\_\_\_ גלי חום: \_\_\_\_\_ הזעות לילה: \_\_\_\_\_

ירידה בחשק המיני: \_\_\_\_\_ חשק מיני מוגבר: \_\_\_\_\_

האם את בהריון? כן/לא \_\_\_\_\_ אם כן, איזה שבוע או חודש? \_\_\_\_\_

מספר הריונות: \_\_\_\_\_ מספר לידות חיוניות: \_\_\_\_\_ מספר הפלות טבעיות \_\_\_\_\_ מספר גרידות: \_\_\_\_\_

תאריך בדיקה גניקולוגית אחרונה: \_\_\_\_\_ pap smear \_\_\_\_\_

בדיקת צפיפות עצם אחרונה: \_\_\_\_\_ אנא צרפי תוצאות

# טל צמיר

## טיפול מבפנים

Tal Tzamir B.Sc., Dipl. AC  
Certified Acupuncture and Shiatzu Therapist  
10 Efroni St. Yaaf (Tel Mond area)  
Tel +972.54.6906468, Fax +972.9.7603021  
Email: taltzam@gmail.com

מטפלת ברפואה סינית ושיטת NAET  
עירוני 10 יעף (גוש תל מונד)  
טל' 054.6906468, פקס 09-7603021  
כתובת מייל: taltzam@gmail.com

### שאלות לגברים:

תאריך בדיקת ערמונית אחרון: \_\_\_\_\_ רמת PSA \_\_\_\_\_

תכיפות מתן שתן במהלך היום: \_\_\_\_\_ במהלך הלילה: \_\_\_\_\_

צבע השתן: צלול/כהה/אטום האם יש לשתן ריח חזק? כן/לא

האם הינך סובל מאחד מהסימפטומים הבאים?

טפטוף או מתן שתן לא רציף \_\_\_\_\_ אין אונות \_\_\_\_\_ עיכוב במתן שתן: \_\_\_\_\_

חוסר שליטה במתן שתן: \_\_\_\_\_ כאבי גב תחתון \_\_\_\_\_ ירידה בחשק מיני: \_\_\_\_\_

חשק מיני מוגבר: \_\_\_\_\_ שפיכה מוקדמת: \_\_\_\_\_ כאב באשכים: \_\_\_\_\_ כאב במפשעה: \_\_\_\_\_