

תאריך: _____

הצהרת בריאות 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?

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: _____