

שאלון מקדים לטיפול בדיקור קוסמטי

פרטי המטופל

שם פרטי	שם משפחה	
תאריך לידה	ת.ז.	
כתובת	טלפון	

הצהרה על המצב הבריאותי (בעבר ובהווה)

1.	כן	לא	האם קיימת בעיה של דימומים? שטפי דם? חבורות?
2.	כן	לא	האם נוטל/ת תרופות לדילול הדם?
3.	כן	לא	האם נוטל/ת תרופות באופן קבוע?
4.	כן	לא	האם הינך חולה / נשא של מחלה מדבקת?
5.	כן	לא	האם קיימת בעיית לב וכלי דם כלשהי? שימוש בקוצב לב, התקף לב, טרומבוזה, אנגינה פקטוריס, כאבים או לחץ בחזה, קוצר נשימה, אי ספיקת לב, מחנק, הפרעות בקצב הלב, דפיקות לב, יתר לחץ דם, ורידים מורחבים, הפרעות במחזור הדם ברגליים עם כאבים או בצקות. (נא הקף בעיגול)
6.	כן	לא	האם טופלת בעבר או מטופלת בהווה בתרופות פסיכיאטריות, כולל תרופות אנטי דיכאוניות?
7.	כן	לא	האם סובלת ממחלות עיניים ובעיות ראייה, אוזניים וגרון? הפרעות ראייה, ליקוי שמיעה, סינוסיטיס, שחרחורות כתוצאה מוסר איזון.
8.	כן	לא	האם קיימת נטיה למיגרנות או כאבי ראש תכופים?
9.	כן	לא	האם חלית בעבר במחלה מדבקת כ-HIV, הפטיטיס ועוד?
10.	כן	לא	האם עברת ניתוח פלסטי כלשהי בעבר? אם כן פרטי _____
11.	כן	לא	האם עברת הזרקה למילוי קמטים, בוטוקס או כל חומר אחר? האם עברת טיפול במכשור אלקטרוני כלייזר? גלי אור וכו'? אם כן, פרטי
12.	כן	לא	האם קיימת רגישות או אלרגיה לצמחים סיניים?
13.	כן	לא	האם את/ה מעשן/ת? אם כן, כמה סיגריות ביום בממוצע? _____ במשך כמה שנים? _____ אם עישנת בעבר, מתי חדלת? _____
14.	כן	לא	האם הינך בהיריון?

לא	כן	15. האם ידוע על מצב בריאותי שלא נשאלת לגביו במפורש, אשר חשוב שהמטפל ידע אודותיו? _____ _____	
----	----	----------------------------------------------------------------------------------------------------	--

אם התשובה חיובית באי אלו מהסעיפים נא פרטי:

הצהרה:

הנני מודעת/לכך שהטיפול המבוקש אינו מהווה תחליף לכל טיפול רפואי ברפואה הקונבנציונאלית ו/או לכל התייעצות ברופא קונבנציונאלי וכי אין בכוונתי להפסיק טיפול תרופתי כלשהו לא התייעצות עם רופא.

הנני מודעת/לכך כי הטיפול שאעבור הינו טיפול אלטרנטיבי לצורכי אסתטיקה בלבד הכולל דיקור במחטים סיניות, שימוש במסכות פנים טבעיות, עיסויי פנים בשילוב שקיות צמחים, גואה שה ועיסוי פנים אסיאתי.

הוסברו לי כל תופעות הלוואי שעלולות להופיע והנני מודעת/לכך כי הטיפולים עלולים לגרום ל: אי נוחות מקומית, כאבי ראש, מיגרנה, סימנים כחולים, אדמומיות של העור וסחרחורות ולמרות ההסבר החלטתי להתחיל את הטיפול מרצוני ועל אחריותי.

הוסברו לי התוצאות המצופות מהטיפול באקופונקטורה קוסמטית ויחד עם זאת הובהר לי שהצלחת הטיפול הינה אינדיווידואלית לחלוטין ותלויה בתגובתי האישית לטיפול במחטים ולשילוב שלו עם תזונה נכונה ועם תוספי תזונה בתקופת הטיפול במקביל לדיקור, לעיסויים ולמסכות.

הנני מאשר/ת שתשובתיי לכל השאלות הן מלאות וכנות וכי לא הסתרתי כל מידע

_____ חתימת המטופל

_____ תאריך