שאלון מקדים לטיפול בדיקור קוסמטי

<u>פרטי המטופל</u>

שם פרטי		שם משפחה	
תאריך לידה		ת.ז	
כתובת		טלפון	

<u>הצהרה על המצב הבריאותי (בעבר ובהווה)</u>

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

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

אם התשובה חיובית באי אלו מהסעיפים נא פרט\י:

_____
_____
_____
_____
_____

הצהרה:

הנני מודע/ת 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 מודע/ת 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 מודע/ת 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 שתשובותיי לכל השאלות הן מלאות וכנות וכי לא הסתרתי כל מידע

תאריך_____ חתימת המטופל _____