

טופס קליטה למבוגר

שם מלא: _____ תאריך: _____

שנה / חודש / יום

תאריך לידה: _____ מין: _____

שנה / חודש / יום

קשר

כתובת מלאה: _____

טלפון: _____ (בית) _____ (עבודה) _____ (נייד)

כתובת דואר אלקטרוני: _____

כיצד ניתן להשיגך? _____

האם ניתן להשאיר הודעה בטלפון / לאישור וביטול פגישות? _____

במקרה חרום

למי לפנות במקרה חרום: _____ הקשר אליך: _____

טלפון: _____ (בית) _____ (עבודה) _____ (נייד)

משפחה

מצב משפחתי: [] רווק/רווקה [] נשוי/נשואה [] גרוש/גרושה [] פרוד/פרודה

[] אלמן/אלמנה [] חי/חיה עם מישהי/מישהו

האם יש לך ילדים? _____

אם כן, פרט גילם ומינם: _____

שם הרופא המטפל: _____ טלפון: _____

כתובת: _____ פקס: _____

תאריך הפגישה האחרונה עם הרופא: _____ תאריך הבדיקה האחרונה: _____

האם את/אתה נמצא/ת בטיפול של רופאים מומחים: _____ שמות המומחים: _____

המומחיות: _____ טלפון: _____

כיצד שמעת על מרפאה זו וכיצד הופנת אליה?

היסטוריה רפואית

נא למלא את הדאגות הבריאותיות שלך לפי סדר החשיבות:

| דאגה | מאז | דאגה | מאז |
|------|-----|------|-----|
| 1 | | 5 | |
| 2 | | 6 | |
| 3 | | 7 | |
| 4 | | 8 | |

האם יש מהדאגות האילו שהייתנו או החמירו עם הזמן? _____
 איזו השפעה יש לדאגות אילו על חייך? _____
 איך היית מגדירה את מצבך הבריאותי הכללי? _____

נא למלא טראומות, פציעות ותאונות (פיזיות, מנטליות וריגשיות) מרכזיות שעברת:

| אירוע | תאריך | השפעות ארוכת תווך |
|-------|-------|-------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

נא לפרט איזה ניתוחים עברת:

| ניתוח | תאריך | תוצאות וסיבוכים |
|-------|-------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

נא לפרט את כל הטיפולים האחרים שאתה עוברת/ומה הם השפעתם:

מחלות ילדים וחיסונים (לסמן את כל האפשרויות הרלוונטיות)

[] אבעבועת רוח [] חצבת [] חזרת [] אדמת [] אדמדמת
 [] מומנוקלאוזיס [] סקרלטינה [] שחפת [] שעלת [] אימפטיגו
 [] דלקות אוזניים [] סטרפ גרון [] פוליו [] קדחת השיגרון

האם חוסנת בילדותך? אם כן, האם היו תופעות לוואי?

האם קבלת חיסונים נוספים (כגון הפטיטיס A או B, שפעת, HPV וכו')?

תרופות ותוספי מזון

נא למלא את כל התרופות ותוספי המזון שאתה לוקח/ת, נא לכלול תרופות במרשם ושלא במרשם, צמחי מרפא, ויטמינים, מינרלים, תרופות הומאופטיות וכו':

| תרופה / תוסף מזון | בשימוש עבור | תאריך התחלה | מינון ותדירות |
|-------------------|-------------|-------------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

כמה פעמים ובאיזה תדירות לקחת אנטיביוטיקה בילדותך? _____
 בחמש שנים האחרונות, כמה פעמים לקחת אנטיביוטיקה? _____
 מתי היתה הפעם האחרונה? _____

אילו מהדברים הבאים אתה צורך/צורכת? נא לציין כמות, תדירות ופרק הזמן של הצריכה:

| | |
|-----------|--------------------|
| טבק | סותר חומציות בקיבה |
| אלכוהול | חומרים מרדימים |
| סמים קלים | קורטיזון |
| סטרואידים | קפה |
| משלשלים | אחרים |

היסטוריה משפחתית

נא לציין האם מישהו מהמשפחה המיידית שלך (הורה, אח, אחות, סבא או סבתא) סובלים או סבלו מהבעיות הבאות:

| בעיה | בן המשפחה | בעיה | בן המשפחה |
|-----------------|-----------|--------------------------|-----------|
| אסטמה | | אלכוהוליזם / שימוש בסמים | |
| סוכרת | | מחלת מעיים / קרוז | |
| משקל יתר | | מחלת כליות | |
| דלקת פרקים | | אלרגיות | |
| מחלת לב | | דיכאון / מחלת נפש | |
| סרטן הפרוסטטה | | מחלת כבד | |
| סרטן המעי | | סרטן השד | |
| יתרת/תת תריסיות | | לחץ דם גבוה | |
| סרטן אחר | | שבץ | |

האם ישנן בעיות או דאגות אחרות במשפחה? _____

אלרגיות, רגישויות, חשיפה

נא לציין אלרגיות, רגישויות ידועות או נחשדות:

| תרופות | אוכל | סביבתי / כימי |
|--------|------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

האם נחשפת לחומרים רעילים כחומרי הדברה, חומרים כימיים ותרסיסים?
אם כן, פרטו:

האם נחשפת למתכות כבדות כעופרת, כספית, ארסניק, קדמיום או מעישון פסיבי?
אם כן, פרטו:

האם נאלצת להקטין את המינון הרגיל של מרשם, תרופה, תרופה הומאופתית או צמחי מרפא בגלל שהייתה לך רגישות למינון הרגיל?

האם נאלצת להמנע משתיית קפה אחר הצהריים או בכלל כי זה היה גורם לך להשאר ער בלילה?

האם את/ה מריחה/ריחות שאחרים לא מריחים? אם כן, איזה ריחות?

האם יש לך התקפי סימפטומים (כאבי ראש, פריחה, בחילות, תשישות, קוצר נשימה וכו') בעיקבות חשיפה לכימיקליים, עובש, אבק, פריחה או גורמים סביבתיים אחרים? אם כן, פרטו:

סגנון חיים

אנרגיה

בסקלה של 1-10 (10 = גבוה ביותר) מהי רמת האנרגיה שלך: _____
מהי את רמת הלחץ שלך: _____
מתי ביום רמת האנרגיה שלך היא הגבוהה ביותר? _____ נמוכה ביותר? _____
מה משפיע על האנרגיה שלך? (↑↓)

פעילות גופנית

האם את/ה מתעמל/ת בקביעות? כן לא איזו פעילות?

תחביבים

מהם התחביבים או תחומי העניין שלך?
באיזה תדירות הם מתבצעים?

שינה

כמה שעות שינה יש לך בלילה? _____ שעות
יש לך קשיים להרדם? כן לא
האם את/ה מתעורר/ת בלילה? כן לא
האם את/ה מרגישה/ה נינוח/ה בבוקר? כן לא
האם את/ה נח/ה במשך היום? כן לא
באיזו תדירות? _____
למשך כמה זמן? _____

תזונה ועיכול

גובה: _____ משקל נוכחי: _____ משקל רצוי (אם שונה): _____
משקל מקסימלי: _____ מתי? _____ משקל מינימלי: _____ מתי? _____
האם העלת או הורדת משקל ב 6-12 החודשים האחרונים? כן לא אם כן, כמה? _____
נא לפרט מה את/ה אוכלת/ת בתקופה של 24 שעות טיפוסיות:

| | |
|--|---------------------|
| | ארוחת בוקר |
| | ארוחת צהריים |
| | ארוחת ערב |
| | בין הארוחות |

האם יש מאכלים שאת/ה נמנע/ת מהם בדיאטה שלך? מאיזו סיבה?

האם יש מאכלים שאת/ה משתוקק/ת להם במיוחד? (שוקולד, ממתקים, מלוחים, חמוצים, שמנים, לחמים, חריפים, וכו')
מתי במשך היום?

כמה מים את/ה שותה במשך היום?

מהו מקור מי השתיה העיקרי (מנרליים, פילטר, ברז, באר, וכו')

איזה עוד משקאות את/ה שותה וכמה?

כל כמה שעות את/ה משתין/משתינה?

כמה פעמים ביום או בשבוע יש לך צואה?

נשים (אם רלוונטי)

גיל בזמן הווסת הראשונה: _____ גיל בזמן מנופאוזה (אם הגיעה): _____

מספר הימים בווסת טיפוסי: _____ מספר הימים במחזור טיפוסי: _____

תאריך ווסת אחרון: _____ מספר ההריונות: _____ מספר הלידות: _____

האם ישנה היסטוריה של הפלה (טבעית או מלאכותית), ניתוח קיסרי, לידת עכוז, תאומים?

בהריונות קודמים, האם היו קשיים או סיבוכים בהריון או בלידה?

האם יש סיכוי שאת בהריון כעת? כן לא

האם את מניקה כעת? כן לא

האם את מבצעת בקביעות (כל חודש) בדיקת שד עצמית? כן לא

אם יש היסטוריה של גושים בשד? כן לא

האם את הולכת לבדיקת משטח פאפ שנתית? כן לא תאריך בדיקה אחרונה: _____

האם יש היסטוריה של תוצאות פאפ לא רגילות? (הסבירי):

גברים (אם רלוונטי)

האם אתה הולך לרופא לבדיקה שרגתית שנתית? כן לא תאריך בדיקה אחרונה: _____

האם אתה עושה בקביעות בדיקות דם? כן לא

בדיקת אצבע של הרקטום אחרונה:

האם נמצאו תוצאות חריגות?

נוסף

האם יש עוד מידע רלוונטי לבריאות שלך שלא צוין?

תודה שהקדשת מזמנך למילוי הטופס.

השלמתו תאפשר לי להבין את תמונת הבריאות המלאה שלך, ותסייע לי לספק לך את הטיפול הטוב ביותר.

הצהרת הסכמה

מרפאה זו משתמשת בעקרונות ובפרקטיקה של רפואה נטורופתית ותרפיות משלימות על מנת לעזור לגוף להשתמש ביכולתו הטבעית להחלים ולשפר את איכות החיים והבריאות בדרכים טבעיות.

ד"ר גונן תבצע בדיקת היסטוריה מקיפה. הערכה של המצב הגופני, המנטלי, הריגשי והרוחני היא הכרחית לביצוע המשימה. במידת הצורך, אבצע בדיקה גופנית ואשתמש בתוצאות של בדיקות דם ושתן ספציפיות כחלק מהטיפול.

הטיפולים יכולים לכלול: תזונה קלינית, צמחי מרפא, הומאופתיה, רפואה סינית, דיקור (אקופונטורה), יעוץ לסיגנון חיים וניהול לחצים, הידרותרפיה, ועיסוי.

אני, (שמך) _____, מצהיר שכמטופל במרפאה זו קראתי את המידע הכלול כאן, ואני מבין שסוג הטיפול מבוסס על עקרונות הרפואה נטורופתית והתרפיות המשלימות. אני מכיר בכך שאפילו בעקבות הטיפול העדין ביותר עלולים להיות תופעות לוואי וסיבוכים בתנאים פיזיולוגיים מסוימים כגון הריון, הנקה, לתינוקות צעירים ביותר, לאנשים זקנים במיוחד ולא להלוקחים מספר תרופות. מכאן שאני מאשר שאני עדכנתי ואמשיך לעדכן את המטפל במלוא ההיסטוריה הרפואית שלי ושל משפחתי, ובתרופות או תוספים שאני לוקח או שלקחתי בעבר (במרשם או שלא במרשם). עבור נשים, הודעתי למטפל אם ישנו סיכוי שאני בהריון או שאני מניקה ואמשיך להודיע על כך.

למרות הסיכוי הנמוך, ישנה אפשרות קלושה לסיכונים כתוצאה מטיפולים נטורופתיים. אלה כוללים, אך לא מוגבלים ל:

* החמרה של סימפטומים קודמים.

* תגובה אלרגית לתוספים או לצמחי מרפא

* כאב, התעלפות, חבלה או פגיעה מדיקור ומזריקות

* כאב או מתיחת שריר או פגיעה בדיסק בעקבות טיפול כירופרקטי

אני מבין שישמר רישום של הטיפול הרפואי שניתן לי. רישום זה ישאר חסוי ולא ימסר לאחרים ללא רשותי למעט לפי הנדרש בחוק. אני מבין ביכולתי לעיין ברישום הרפואי שלי בכל עת ושביכולת לבקש עותק בתשלום.

אני מבין שהרפואה הנטורופתית שלי לא הציעה לי ולא המליצה לי להמנע מללכת למטפלים או לרופאים מוסמכים אחרים ולקבל עצה או טיפול מהם.

אני מבין שהמטפלת שלי תענה לכל שאלה שיש לי בצורה הטובה ביותר שהיא יכולה. אני מבין שהתוצאות אינם מובטחות. אני לא מצפה שהמטפל ייצפה או יסביר את את כל הסיכונים והסיבוכים האפשריים. עם מידע זה, אני מסכים לאיבחון ולטיפול המוסבר למעלה למעט:

(חתימת המטופל ותאריך)

אני מסכים שהעלויות הכרוכות ישולמו בעת הביקור למעט אם סידור מיוחד נעשה לפני מועד הביקור. כלקוח, אני אחראי לשלם את מלוא המחיר של כל טיפול, ואני מודע והסכמתי למחירים ולשיטת התשלום.

(חתימת המטופל ותאריך)

קראתי והבנתי את המידע שלמעלה. אני מיעד שההסכם הזה יהיה תקף למשך כל תקופת הטיפול שאקבל מד"ר ג'וליה גונן ואני מבין שביכולתי לבטל את ההסכם בהודעה בכתב ולהפסיק את הטיפול בכל זמן שארצה. כמו כן אני מאשר שביכולתי לקבל או לדחות טיפול זה ביוזמתי האישית ושאיני סוכן של ארגון פרטי או ממשלתי.

(תאריך)

(חתימת המטופל)

(תאריך)

(חתימת עד)

ד"ר גונן, רופאה נטורופתית

חתימה:



ד"ר ג'וליה גונן
רח' התאנה 7
בני עטרות, 60991
טל. 050.933.6004
julia@gaiatanaturopathic.com
www.gaiatanaturopathic.com

ידוע לי שמחירי הטיפולים הינם (החל 1 בדצמבר 2007):

מחירי הטיפול

מחירים כלליים

| | |
|-------|---------------------------|
| ₪320 | התיעוצת ראשונית (90 דקות) |
| ₪260 | פגישות מעקב (60 דקות) |
| ₪2000 | חבילה של 10 טיפולי דיקור |

ילדים (16 ומטה) וסטודנטים

| | |
|------|--------------------------------|
| ₪260 | התיעוצת ראשונית (90 - 60 דקות) |
| ₪200 | פגישות מעקב (60 - 45 דקות) |

דיקור קוסמטי למתיחת פנים

| | |
|-------|---------------------------|
| ₪320 | התיעוצת ראשונית (90 דקות) |
| ₪320 | טיפול בודד (60 דקות) |
| ₪2900 | חבילה של 12 טיפולים |

היפנוזה ללידה

(HypnoBirthing®)

| | |
|-------|--------------------------|
| ₪1500 | שעורים (2.5 שעות לשיעור) |
|-------|--------------------------|

₪10

בדיקת שתן

ידוע לי ד"ר ג'וליה גונן היא רופאה נטורופתית וששרותיה אינם מכוסים ע"י קופות החולים.

ידוע לי שישנה מדיניות ביטול תורים של לפחות 24 שעות לפני מועד הפגישה. על פגישה שהמטופל לא הגיע אליה או שביטלה פחות מ-24 שעות לפני המועד, יגבו 160 ₪.

ידוע לי שבשלב זה ניתן לשלם על הטיפולים במזומן או בצ'ק בלבד.

בחתימה על הצהרה זו אני מאשר שקראתי את הפרטים ואני מסכים לשלם עבור הטיפולים במועד הביקור.

שם _____ חתימה _____

תאריך _____