טופס פרטים אישיים ומתן הסכמה לטיפול

שם פרטי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ת.ז: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מין: \_\_\_\_\_\_\_

טלפון נייד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טלפון בבית: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת מייל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. אני מסכימ/ה לטיפול ברפואה סינית שיינתן על ידי חמד טוב. אני מבינ/ה שהטיפול עשוי לכלול דיקור, טיפול שיאצו ומרשם צמחי מרפא.

אחלוק עם חמד את כל המידע הרפואי הרלוונטי לגביי.

ידוע לי כי חמד מטפלת ברפואה סינית ואינה רופאה (MD), הטיפול לא מחליף התייעצות עם רופא ואינו מאפשר שינויים בנטילת תרופות על דעת עצמי. כל חריגה מהמלצות רופאיי תיעשה בתיאום ובהתייעצות איתם.

1. מטופל/ת יקר/ה, בימים אלו אני משלימה תואר שני ברפואה סינית,M.sc in advanced oriental medicine באוניברסיטת London South Bank University. לעתים, לצורך מטלות בלימודים, עליי לעשות שימוש במקרים מהקליניקה. השימוש הוא לצורך אקדמי בלבד, ונעשה באנונימיות מוחלטת, כלומר הפרטים היחידים שאני כותבת עליהם הם הפרטים הרפואיים הרלוונטיים, והטיפול הניתן.

האם אוכל להיעזר במקרה שלך, במידת הצורך?

כן לא

שם: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

רקע רפואי

נא לענות על השאלות הבאות בכנות ובפירוט. זה יאפשר לי להעניק את הטיפול הטוב ביותר.

האם את/ה נוהג/ת לעשן? אם כן, כמה? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם את/ה נוהג/ת לשתות אלכוהול על בסיס קבוע? \_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם את/ה מבצע/ת פעילות גופנית? איזו? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם את/ה סובל/ת מאחת הבעיות הבאות? אם סימנת כן, נא לפרט:

מחלת לב או כלי דם כן / לא \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

קשיי נשימה כן / לא \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

סרטן ו/או גידול אחר כן / לא \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

סוכרת כן / לא \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

הפרעות קרישה כן / לא \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מחלות כליות/דרכי השתן כן / לא \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מחלות כבד/כיס מרה כן / לא \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מחלות בדרכי העיכול כן / לא \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תסמונות הורמונליות כן / לא \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אלרגיות כן / לא \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מחלות עור כן / לא \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

בעיות עיניים כן / לא \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

בעיות אורתופדיות כן / לא \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם עברת אירוע מוחי? כן / לא \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם עברת ניתוח כלשהו? כן / לא \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם את/ה נוטל/ת תרופות? כן / לא \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם את בהריון? כן / לא \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם טופלת בעבר ברפואה סינית? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם את/ה נמצא/ת בטיפולים נוספים כעת? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_