

Nová historie zdraví pacienta

Komplexní historie zdraví pro nové pacienty chiropraktiky včetně historie zdraví páteře a historie zranění

Informace o klientovi

Jméno *

Příjmení *

E-mailová adresa *

Telefonní číslo *

Datum narození *

DD / MM / YYYY

Informace o doporučení

Jak jste se o nás dozvěděl/a?

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Doporučení lékaře | ☐ Přátel nebo rodiny | ☐ Poskytovatel pojištění |
| ☐ Online vyhledávání | ☐ Sociální média | ☐ Jiné |

Praktický lékař

Telefonní číslo lékaře

Hlavní potíž

Jaký je hlavní důvod vaší návštěvy dnes? *

Kde cítíte bolest nebo diskomfort? *

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Hlava / Bolest hlavy | ☐ Krk | ☐ Horní část zad |
| ☐ Střední část zad | ☐ Dolní část zad | ☐ Kyčel |
| ☐ Levé rameno | ☐ Pravé rameno | ☐ Levá paže/ruka |
| ☐ Pravá paže/ruka | ☐ Levá noha/chodidlo | ☐ Pravá noha/chodidlo |

Úroveň bolesti v současnosti (0 = bez bolesti, 10 = nejhorší možná bolest) *

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 |
| ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| ☐ 6 | ☐ 7 | ☐ 8 |
| ☐ 9 | ☐ 10 | |

Jak byste popsali bolest?

- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| ☐ Ostrá | ☐ Tupá/Bolestivá | ☐ Pálějící |
| ☐ Pulzující | ☐ Střelná | ☐ Brnění/Zchvátání |
| ☐ Ztuhlost | ☐ Stálá | ☐ Přerušovaná |

Kdy tato bolest začala? *

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Dnes | ☐ Před několika dny | ☐ Před několika týdny |
| ☐ Před několika měsíci | ☐ Před více než rokem | |

Co způsobilo nebo vyvolalo bolest?

Historie zranění a nehod

Zažili jste některou z následujících situací?

- | | |
|---|---|
| ☐ Automobilová/motoristická nehoda | ☐ Pracovní úraz |
| ☐ Sportovní zranění | ☐ Uklouznutí a pád |
| ☐ Zranění při zvedání těžkého | ☐ Whiplash zranění |
| ☐ Zlomenina | ☐ Operace páteře |
| ☐ Nic z výše uvedeného | |

Uveďte podrobnosti o jakýchkoli zraněních (data, obdržená léčba)

Dostali jste dříve chiropraktickou péči? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Pokud ano, popište předchozí chiropraktickou léčbu a výsledky

Zdravotní stavy

Máte v současnosti nebo vám byla diagnostikována některá z následujících podmínek?

- | | |
|--|---|
| ☐ Artritida | ☐ Osteoporóza |
| ☐ Hernia disku nebo vyklenutí | ☐ Zúžení páteřního kanálu |
| ☐ Skolióza | ☐ Fibromyalgie |
| ☐ Diabetes | ☐ Vysoký krevní tlak |
| ☐ Rakovina | ☐ Mozková příhoda nebo TIA |
| ☐ Kardiostimulátor nebo implantovaný přístroj | ☐ Nic z výše uvedeného |

Současné léky a doplňky

Životní styl a každodenní činnosti

Povolání

Vaše práce zahrnuje především:

- ☐ Sezení u stolu ☐ Stání ☐ Fyzická práce
☐ Řízení ☐ Kombinace aktivit

Jak často cvičíte?

- ☐ Denně ☐ 3-5 krát za týden ☐ 1-2 krát za týden
☐ Zřídka ☐ Nikdy

Jak byste ohodnotili kvalitu svého spánku?

- ☐ Výborná ☐ Dobrá ☐ Průměrná
☐ Špatná

Souhlas a podpis

Potvrzuji, že výše uvedené informace jsou podle mého nejlepšího vědomí přesné a úplné. Rozumím, že poskytování nepravdivých informací může být nebezpečné pro moje zdraví. Souhlasím s tím, že kancelář budu informovat o jakýchkoli změnách v mém zdravotním stavu.

Potvrzuji, že jsem přečetl/a a rozumím výše uvedeným informacím a dávám svůj informovaný souhlas.

Přečetl/a jsem a rozumím výše uvedeným informacím: _____

Podpis

Datum

Jméno (tiskací písmo)

Datum *

DD / MM / YYYY

Tento formulář byl poskytnut zdarma společností Consentify

Consentify převádí formuláře jako tento na digitální souhlas, který vaši klienti podepíší na svém telefonu pomocí QR kódu — s automatickými PDF, příznaky kontraindikací a šifrovaným úložištěm. Bezplatný plán je k dispozici na <https://getconsentify.com>.

Pouze šablona. Před použitím si ji nechte zkontrolovat vlastním licencovaným specialistou nebo právním poradcem; požadavky se liší podle jurisdikce a typu praxe.