

Νέα Ιστορία Υγείας Ασθενή

Περιεκτική ιστορία υγείας για νέους ασθενείς χειροπρακτικής που περιλαμβάνει ιστορία υγείας της σπονδυλικής στήλης και ιστορία τραυματισμών

Πληροφορίες Πελάτη

Όνομα *

Επώνυμο *

Διεύθυνση Email *

Αριθμός Τηλεφώνου *

Ημερομηνία Γέννησης *

HH / MM / EEEE

Πληροφορίες Παραπομπής

Πώς μάθατε για εμάς;

☐ Παραπομπή Ιατρού

☐ Φίλος ή Οικογένεια

☐ Πάροχος Ασφάλισης

☐ Διαδικτυακή Αναζήτηση

☐ Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης

☐ Άλλο

Ιατρός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

Τηλέφωνο Ιατρού

Κύρια Παράπονα

Ποιος είναι ο κύριος λόγος της επίσκεψής σας σήμερα; *

Πού νιώθετε πόνο ή δυσφορία; *

☐ Κεφάλι / Πονοκέφαλος

☐ Λαιμός

☐ Άνω Πλάτη

☐ Μεσαία Πλάτη

☐ Κάτω Πλάτη

☐ Γοφός

☐ Αριστερό Ωμο

☐ Δεξί Ωμο

☐ Αριστερό Χέρι/Βραχίονα

☐ Δεξί Χέρι/Βραχίονα

☐ Αριστερό Πόδι/Πατούσα

☐ Δεξί Πόδι/Πατούσα

Τρέχον επίπεδο πόνου (0 = χωρίς πόνο, 10 = χειρότερος δυνατός πόνος) *

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

Πώς θα περιγράφατε τον πόνο;

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| ☐ Οξύς | ☐ Θαμπός/Πονοκέφαλος | ☐ Καίει |
| ☐ Χτυπά | ☐ Κεραυνοβολεί | ☐ Τσιμπήματα/Ναρκώθηκε |
| ☐ Σκληρότητα | ☐ Σταθερά | ☐ Διαλείπον |

Πότε ξεκίνησε αυτός ο πόνος; *

- | | |
|---|--|
| ☐ Σήμερα | ☐ Πριν από μερικές μέρες |
| ☐ Πριν από μερικές εβδομάδες | ☐ Πριν από μερικούς μήνες |
| ☐ Πριν από περισσότερο από ένα χρόνο | |

Τι προκάλεσε ή πυροδότησε τον πόνο;

Ιστορία Τραυματισμών και Ατυχημάτων

Έχετε βιώσει κάποιο από τα ακόλουθα;

- ☐ Αυτοκινητιστικό/Ατύχημα Οχήματος
- ☐ Τραυματισμός Σχετικός με το Εργασιακό Περιβάλλον
- ☐ Αθλητικός Τραυματισμός
- ☐ Ολίσθηση και Πτώση
- ☐ Τραυματισμός Ανύψωσης Βαρών
- ☐ Τραυματισμός Whiplash
- ☐ Σπάσιμο Οστού
- ☐ Χειρουργική Επέμβαση Σπονδυλικής Στήλης
- ☐ Κανένα από τα παραπάνω

Παρακαλώ δώστε λεπτομέρειες σχετικά με τυχόν τραυματισμούς (ημερομηνίες, θεραπείες που λήφθηκαν)

Έχετε λάβει χειροπρακτική φροντίδα στο παρελθόν; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Αν ναι, περιγράψτε την προηγούμενη χειροπρακτική θεραπεία και τα αποτελέσματα

Ιατρικές Καταστάσεις

Έχετε ή σας διαγνώστηκε κάποια από τις ακόλουθες καταστάσεις;

- | | |
|--|---|
| ☐ Αρθρίτιδα | ☐ Οστεοπόρωση |
| ☐ Κήλη Δίσκου ή Εξόγκωση | ☐ Στένωση της Σπονδυλικής Στήλης |
| ☐ Σκολίωση | ☐ Ινοϊσχυαλγία |
| ☐ Διαβήτης | ☐ Υψηλή Αρτηριακή Πίεση |
| ☐ Καρκίνος | ☐ Εγκεφαλικό Επεισόδιο ή ΤΙΑ |
| ☐ Βηματοδότης ή Εμφυτευμένη Συσκευή | ☐ Κανένα από τα παραπάνω |

Τρέχοντα Φάρμακα και Συμπληρώματα

Τρόπος Ζωής και Καθημερινές Δραστηριότητες

Επάγγελμα

Η εργασία σας περιλαμβάνει κυρίως:

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Κάθισμα στο Γραφείο | ☐ Όρθια | ☐ Σωματική Εργασία |
| ☐ Οδήγηση | ☐ Μίγμα Δραστηριοτήτων | |

Πόσο συχνά κάνετε άσκηση;

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| ☐ Καθημερινά | ☐ 3-5 φορές ανά εβδομάδα | ☐ 1-2 φορές ανά εβδομάδα |
| ☐ Σπάνια | ☐ Ποτέ | |

Πώς θα αξιολογούσατε την ποιότητα του ύπνου σας;

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|--|
| ☐ Εξαιρετική | ☐ Καλή | ☐ Ικανοποιητική |
| ☐ Κακή | | |

Συγκατάθεση και Υπογραφή

Βεβαιώνω ότι οι παραπάνω πληροφορίες είναι ακριβείς και πλήρες κατά την καλύτερη γνώμη μου. Κατανοώ ότι η παροχή ανακριβών πληροφοριών μπορεί να είναι επικίνδυνη για την υγεία μου. Συμφωνώ να ενημερώσω το γραφείο για οποιεσδήποτε αλλαγές στην κατάσταση υγείας μου.

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες και δίνω την ενημέρωσή μου συγκατάθεση.

Έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες: _____

Υπογραφή

Ημερομηνία

Όνομα (κεφαλαία)

Ημερομηνία *

HH / MM / EEEE

Αυτό το έντυπο παρασχέθηκε δωρεάν από το Consentify

Το Consentify μετατρέπει έντυπα όπως αυτό σε ψηφιακή συγκατάθεση που υπογράφουν οι πελάτες σας στο δικό τους τηλέφωνο μέσω κωδικού QR — με αυτόματα PDF, σημαίες αντενδείξεων και κρυπτογραφημένη αποθήκευση. Δωρεάν σχέδιο διαθέσιμο στο <https://getconsentify.com>.

Μόνο πρότυπο. Ελέγξτε με τον δικό σας αδειούχο επαγγελματία ή νομικό σύμβουλο πριν τη χρήση. Οι απαιτήσεις ποικίλλουν ανάλογα με τη δικαιοδοσία και την πρακτική.