

Nowa historia zdrowia pacjenta

Kompleksowa historia zdrowia dla nowych pacjentów chiropraktyki, w tym historia zdrowia kręgosłupa i historia urazów

Informacje o kliencie

*Nazwisko

*Imię

*Numer telefonu

*Adres e-mail

*Data urodzenia

DD / MM / YYYY

Informacje o skierowaniu

Jak się o nas dowiedziałeś?

Ubezpieczyciel ☐

Znajomy lub rodzina ☐

Skierowanie lekarza ☐

Inne ☐

Media społecznościowe ☐

Wyszukiwanie online ☐

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej

Telefon lekarza

Główna skarga

*Jaki jest główny powód Twojej wizyty dzisiaj?

*Gdzie doświadczasz bólu lub dyskomfortu?

Górny grzbiet ☐

Szyja ☐

Głowa / Bóle głowy ☐

Biodro ☐

Dolny grzbiet ☐

Środkowy grzbiet ☐

Lewa ręka/ramię ☐

Prawe ramię ☐

Lewe ramię ☐

Prawa noga/stopa ☐

Lewa noga/stopa ☐

Prawa ręka/ramię ☐

*Obecny poziom bólu (0 = bez bólu, 10 = najgorszy możliwy ból)

2 ☐ 1 ☐ 0 ☐

5 ☐ 4 ☐ 3 ☐

8 ☐ 7 ☐ 6 ☐

10 ☐ 9 ☐

Jak byś opisał ból?

Palący ☐ Tępy/Łamiący ☐ Ostry ☐
 Mrowienie/Drętnienie ☐ Przeszywający ☐ Pulsujący ☐
 Przerywany ☐ Stały ☐ Sztywność ☐

*Kiedy rozpoczął się ten ból?

Kilka tygodni temu ☐ Kilka dni temu ☐ Dzisiaj ☐
 Ponad rok temu ☐ Kilka miesięcy temu ☐

Co spowodowało lub wyzwoliło ból?

Historia urazów i wypadków

Czy doświadczyłeś któregoś z poniższych?

Uraz związany z pracą ☐ Wypadek samochodowy/motoryzacyjny ☐
 Poślizgnięcie i upadek ☐ Uraz sportowy ☐
 Uraz szyjny (whiplash) ☐ Uraz przy podnoszeniu ciężarów ☐
 Operacja kręgosłupa ☐ Złamanie kości ☐
 Żaden z powyższych ☐

Proszę podać szczegóły dotyczące wszelkich urazów (daty, otrzymane leczenie)

*Czy wcześniej otrzymywałś opiekę chiropraktyczną?

Nie ☐ Tak ☐

Jeśli tak, opisz poprzednie leczenie chiropraktyczne i wyniki

Warunki medyczne

Czy aktualnie masz lub zostałeś Ci zdiagnozowane jakaś z poniższych?

Przepuklina dysku lub wypuklina ☐ Osteoporoza ☐ Artretyzm ☐
 Fibromialgia ☐ Skolioza ☐ Zwężenie kanału kręgosłupa ☐
 Rak ☐ Wysokie ciśnienie krwi ☐ Cukrzyca ☐
 Żaden z powyższych ☐ Rozrusznik serca lub implant ☐ Udar mózgu lub TIA ☐

Obecne leki i suplementy

Styl życia i codzienne aktywności

Zawód

Twoja praca obejmuje przede wszystkim:

Praca fizyczna ☐Stanie ☐

Siedzenie przy biurku ☐

Mieszanka aktywności ☐

Jazda samochodem ☐

Jak często się ćwiczysz?

1-2 razy tygodniowo ☐

3-5 razy tygodniowo ☐

Codziennie ☐

Nigdy ☐

Rzadko ☐

Jak ocenilibyś jakość swojego snu?

Zadowolająca ☐

Dobra ☐

Doskonała ☐

Słaba ☐

Zgoda i podpis

Poświadczam, że powyższe informacje są dokładne i kompletne w oparciu o moją najlepszą wiedzę. Rozumiem, że podanie nieprawidłowych informacji może być niebezpieczne dla mojego zdrowia. Zgadzam się powiadomić gabinet o wszelkich zmianach w moim stanie zdrowia.

Potwierdzam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje i wyrażam świadomą zgodę.

Przeczytałem i rozumiem powyższe informacje:

Podpis

כִּירָאֵת

מש ספדה

*Data

DD / MM / YYYY

Consentify ידי לע מניחב קפוס הז ספוט

נוסחאו תודגתה ילג, םייטוטוא PDF יצבק םע — QR דוק ררד הלהש ןופלטב םימתוח ריתוחוקלש תילטיגיד המכסהל הז ומכ םיספט תכפוה Consentify
<https://getconsentify.com>־ב הנימוז ןניח תינכות. ןפצומ

גהונה יפלו טפיש מוחת יפל תונתשמ תושירדה; שומישה ינפל ללשמ יטפשם פְעוּי וא השרומ עוצקמ שיא סע קודב. דבלב תינבת