

Nowa historia zdrowia pacjenta

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

Informacje o kliencie

Imię *

Nazwisko *

Adres e-mail *

Numer telefonu *

Data urodzenia *

ÉÉÉÉ / HH / NN

Informacje o skierowaniu

Jak się o nas dowiedziałeś?

- ☐ Skierowanie lekarza ☐ Znajomy lub rodzina ☐ Ubezpieczyciel
☐ Wyszukiwanie online ☐ Media społecznościowe ☐ Inne

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej

Telefon lekarza

Główna skarga

Jaki jest główny powód Twojej wizyty dzisiaj? *

Gdzie doświadczasz bólu lub dyskomfortu? *

- ☐ Głowa / Bóle głowy ☐ Szyja ☐ Górny grzbiet
☐ Środkowy grzbiet ☐ Dolny grzbiet ☐ Biodro
☐ Lewe ramię ☐ Prawe ramię ☐ Lewa ręka/ramię
☐ Prawa ręka/ramię ☐ Lewa noga/stopa ☐ Prawa noga/stopa

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

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

Jak byś opisał ból?

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

Kiedy rozpoczął się ten ból? *

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

Co spowodowało lub wyzwoliło ból?

Historia urazów i wypadków

Czy doświadczyłeś któregoś z poniższych?

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

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

Czy wcześniej otrzymywałś opiekę chiropraktyczną? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, opisz poprzednie leczenie chiropraktyczne i wyniki

Warunki medyczne

Czy aktualnie masz lub zostałeś Ci zdiagnozowane jakieś z poniższych?

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

Obecne leki i suplementy

Styl życia i codzienne aktywności

Zawód

Twoja praca obejmuje przede wszystkim:

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Siedzenie przy biurku | ☐ Stanie | ☐ Praca fizyczna |
| ☐ Jazda samochodem | ☐ Mieszanka aktywności | |

Jak często się ćwiczysz?

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| ☐ Codziennie | ☐ 3-5 razy tygodniowo | ☐ 1-2 razy tygodniowo |
| ☐ Rzadko | ☐ Nigdy | |

Jak oceniłbyś jakość swojego snu?

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Doskonała | ☐ Dobra | ☐ Zadowalająca |
| ☐ 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

Dátum

Nyomtatott név

Data *

ÉÉÉÉ / HH / NN

Ezt az űrlapot a Consentify ingyenesen biztosította

A Consentify az ehhez hasonló formákat digitális beleegyezésekké alakítja, amelyeket az ügyfelek QR-kód segítségével saját telefonjukon írnak alá — automatikus PDF-ekkel, kontraindikáció jelzésekkel és titkosított tárolással. Ingyenes csomag elérhető a <https://getconsentify.com> webhelyen.

Csak sablon. Használat előtt tekintse át saját szakképzett szakemberével vagy jogi tanácsadóval; a követelmények joghatóság és gyakorlat szerint változnak.