

Anamnesi di Salute per Nuovo Paziente

Anamnesi di salute completa per nuovi pazienti di chiropratica, inclusa la storia della salute spinale e della storia degli infortuni

Informazioni del Cliente

Nome *

Cognome *

Indirizzo E-mail *

Numero di Telefono *

Data di Nascita *

GG / MM / AAAA

Informazioni di Referenza

Come hai sentito parlare di noi?

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Raccomandazione medica | ☐ Amico o famiglia | ☐ Fornitore di assicurazione |
| ☐ Ricerca online | ☐ Social media | ☐ Altro |

Medico di Base

Telefono del Medico

Motivo Principale della Visita

Qual è il motivo principale della tua visita oggi? *

Dove avverti dolore o disagio? *

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Testa / Mal di testa | ☐ Collo | ☐ Parte superiore della schiena |
| ☐ Parte centrale della schiena | ☐ Parte inferiore della schiena | ☐ Anca |
| ☐ Spalla sinistra | ☐ Spalla destra | ☐ Braccio/mano sinistra |
| ☐ Braccio/mano destra | ☐ Gamba/piede sinistro | ☐ Gamba/piede destro |

Livello attuale del dolore (0 = nessun dolore, 10 = peggiore dolore immaginabile) *

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

Come descriveresti il dolore?

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| ☐ Acuto | ☐ Sordo/Pulsante | ☐ Bruciante |
| ☐ Pulsatile | ☐ Lancinante | ☐ Formicolio/Intorpidimento |
| ☐ Rigidità | ☐ Continuo | ☐ Intermittente |

Quando ha iniziato questo dolore? *

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Oggi | ☐ Alcuni giorni fa | ☐ Alcune settimane fa |
| ☐ Alcuni mesi fa | ☐ Più di un anno fa | |

Cosa ha causato o scatenato il dolore?

Storia degli Infortuni e degli Incidenti

Hai sperimentato uno dei seguenti?

- | | |
|---|--|
| ☐ Incidente automobilistico o stradale | ☐ Infortunio sul lavoro |
| ☐ Infortunio sportivo | ☐ Caduta o scivolamento |
| ☐ Infortunio da sollevamento di pesi | ☐ Colpo di frusta |
| ☐ Frattura ossea | ☐ Chirurgia spinale |
| ☐ Nessuno dei precedenti | |

Fornisci i dettagli di eventuali infortuni (date, trattamenti ricevuti)

Hai ricevuto cure chiropratiche in passato? *

- ☐ Sì ☐ No

Se sì, descrivi il precedente trattamento chiropratico e i risultati

Condizioni Mediche

Attualmente hai o ti è stata diagnosticata una delle seguenti condizioni?

- | | |
|---|---|
| ☐ Artrite | ☐ Osteoporosi |
| ☐ Ernia discale o protrusione | ☐ Stenosi spinale |
| ☐ Scoliosi | ☐ Fibromialgia |
| ☐ Diabete | ☐ Pressione alta |
| ☐ Cancro | ☐ Ictus o TIA |
| ☐ Pacemaker o dispositivo impiantato | ☐ Nessuno dei precedenti |

Farmaci e integratori attuali

Stile di Vita e Attività Quotidiane

Professione

Il tuo lavoro implica principalmente:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Stare seduto a una scrivania | ☐ Stare in piedi | ☐ Lavoro fisico |
| ☐ Guidare | ☐ Miscela di attività | |

Quanto spesso fai esercizio?

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Quotidianamente | ☐ 3-5 volte a settimana | ☐ 1-2 volte a settimana |
| ☐ Raramente | ☐ Mai | |

Come valuteresti la qualità del tuo sonno?

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Eccellente | ☐ Buona | ☐ Discreta |
| ☐ Scarsa | | |

Consenso e Firma

Certifico che le informazioni di cui sopra sono accurate e complete secondo la mia migliore conoscenza. Comprendo che fornire informazioni inesatte può essere pericoloso per la mia salute. Accetto di notificare lo studio di eventuali cambiamenti nel mio stato di salute.

Confermo di aver letto e compreso le informazioni di cui sopra e do il mio consenso informato.

Ho letto e compreso le informazioni di cui sopra: _____

Firma

Data

Stampa il nome

Data *

GG / MM / AAAA

Questo modulo è stato fornito gratuitamente da Consentify

Consentify trasforma moduli come questo in consenso digitale che i tuoi clienti firmano direttamente dal loro telefono tramite codice QR — con PDF automatici, flag di controindicazioni e archiviazione crittografata. Piano gratuito disponibile su <https://getconsentify.com>.

Solo modello. Rivedi con il tuo professionista autorizzato o consulente legale prima dell'uso; i requisiti variano a seconda della giurisdizione e della pratica.