

Historia Zdrowia Nowego Pacjenta

Kompleksowa historia zdrowia dla nowych pacjentów chiropraktyki, obejmująca historię zdrowia kręgosłupa i urazów

Informacje o kliencie

Imię *

Nazwisko *

Adres e-mail *

Numer telefonu *

Data urodzenia *

DD / MM / RRRR

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/rękaw |
| ☐ Prawa ręka/rękaw | ☐ 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 wcześniejsze 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

Data

Drukowane imię i nazwisko

Data *

DD / MM / RRRR

Ten formularz został bezpłatnie udostępniony przez Consentify

Consentify zamienia formularze takie jak ten w cyfrową zgodę, którą Twój klient podpisuje na własnym telefonie za pomocą kodu QR — z automatycznymi plikami PDF, flagami przeciwwskazań i zaszyfrowaną pamięcią. Darmowy plan dostępny na <https://getconsentify.com>.

Tylko szablon. Przed użyciem zapoznaj się z własnym licencjonowanym specjalistą lub doradcą prawnym; wymagania różnią się w zależności od jurysdykcji i rodzaju praktyki.