

Yeni Hastanın Sağlık Geçmişi

Omurga sağlığı ve yaralanma geçmişi de dahil olmak üzere yeni kiropraltik hastalar için kapsamlı sağlık geçmişi

Müşteri Bilgileri

Adı *

Soyadı *

E-posta Adresi *

Telefon Numarası *

Doğum Tarihi *

GG / AA / YYYY

Sevk Bilgileri

Bizi nasıl duyduunuz?

- ☐ Hekim tarafından sevk ☐ Arkadaş veya aile ☐ Sigorta sağlayıcısı
☐ Çevrimiçi arama ☐ Sosyal medya ☐ Diğer

Aile Hekimi

Hekimin Telefonu

Ana Şikayet

Bugün başvurunuzun ana sebebi nedir? *

Nerede ağrı veya rahatsızlık hissediyorsunuz? *

- ☐ Baş / Baş ağrısı ☐ Boyun ☐ Üst sırt
☐ Orta sırt ☐ Alt sırt ☐ Kalça
☐ Sol omuz ☐ Sağ omuz ☐ Sol kol/el
☐ Sağ kol/el ☐ Sol bacak/ayak ☐ Sağ bacak/ayak

Mevcut ağrı düzeyi (0 = ağrı yok, 10 = en kötü ağrı) *

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

Ağrıyı nasıl tanımlarsınız?

- | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|--|
| ☐ Keskin | ☐ Künt/Ağrıyan | ☐ Yanıcı |
| ☐ Atımlı | ☐ Yayılan | ☐ İğnelenme/Uyuşukluk |
| ☐ Sertlik | ☐ Sabit | ☐ Aralıklı |

Bu ağrı ne zaman başladı? *

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Bugün | ☐ Birkaç gün önce | ☐ Birkaç hafta önce |
| ☐ Birkaç ay önce | ☐ Bir yıldan fazla önce | |

Ağrıya ne sebep oldu veya neyi tetikledi?

Yaralanma ve Kaza Geçmişi

Aşağıdakilerden herhangi birini yaşadınız mı?

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Araba/motorlu taşıt kazası | ☐ İşle ilgili yaralanma | ☐ Spor yaralanması |
| ☐ Kayma ve düşme | ☐ Ağır kaldırma yaralanması | ☐ Esneme yaralanması |
| ☐ Kemik kırığı | ☐ Omurga cerrahisi | ☐ Yukarıdakilerden hiçbiri |

Herhangi bir yaralanma hakkında detaylar sağlayın (tarihler, aldığınız tedaviler)

Daha önce kiropraltik bakım aldınız mı? *

- ☐ Evet ☐ Hayır

Evet ise, önceki kiropraltik tedavi ve sonuçlarını açıklayın

Tıbbi Durumlar

Şu anda aşağıdakilerden herhangi birine sahip misiniz veya teşhis aldınız mı?

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Artrit | ☐ Osteoporoz | ☐ Disk herniyasyonu veya çıkıntı |
| ☐ Omurga kanalı darlığı | ☐ Skolyoz | ☐ Fibromiyalji |
| ☐ Diyabet | ☐ Yüksek kan basıncı | ☐ Kanser |
| ☐ İnme veya TIA | ☐ Kalp pili veya implante cihaz | ☐ Yukarıdakilerden hiçbiri |

Mevcut ilaçlar ve takviyeler

Yaşam Tarzı ve Günlük Aktiviteler

Meslek

İşiniz esas olarak şunları içerir:

- ☐ Masada oturma ☐ Ayakta durma ☐ Fiziksel emek
☐ Sürüş ☐ Karışık aktiviteler

Ne sıklıkta egzersiz yaparsınız?

- ☐ Günlük ☐ Haftada 3-5 kez ☐ Haftada 1-2 kez
☐ Nadiren ☐ Hiçbir zaman

Uyku kalitesini nasıl değerlendirirsiniz?

- ☐ Mükemmel ☐ İyi ☐ Orta
☐ Kötü

Rıza ve İmza

Yukarıdaki bilgilerin en iyi bilgim dahilinde doğru ve eksiksiz olduğunu onaylarım. Yanlış bilgi sağlamanın sağlığım için tehlikeli olabileceğini anlarım. Sağlık durumumdaki herhangi bir değişiklik hakkında kliniği bilgilendirmeyi kabul ediyorum.

Yukarıdaki bilgileri okuduğumu ve anladığımı onaylarım ve bilinçli rızamı veriyorum.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve anladım: _____

İmza

Tarih

Adı yazın

Tarih *

GG / AA / YYYY

Bu form Consentify tarafından ücretsiz olarak sağlanmıştır

Consentify, bunun gibi formları müşterilerinizin QR kod aracılığıyla kendi telefonlarında imzaladığı dijital rızaya dönüştürür — otomatik PDF'ler, kontrendikasyon bayrakları ve şifreli depolama ile. Ücretsiz plan <https://getconsentify.com> adresinde mevcuttur.

Yalnızca şablon. Kullanmadan önce kendi lisanslı uzman veya hukuk müşaviri ile gözden geçirin; gereksinimler yargı alanına ve uygulamaya göre değişir.