

טופס הרשמה - ישראל

NO MORE PAIN - THE ARP WAY

www.nomorepaintherapy.ca www.arpway.com / .ca

שם מלא: _____ מין: ז / נ (אנא הקף) _____ תאריך: _____
שנת לידה: _____ כתובת מגורים ומספר: _____ עיר: _____
מיקוד: _____ מלפון בית: _____ מלפון עבודה: _____ סלולרי: _____
דואר אלקטרוני: _____ זמן מועדף לתיאום פגישה: _____

אנא מלא/י את כל הפרטים הבאים - חובה:

נשים בלבד - האם את בהריון? _____ (כן/לא) **אם כן - לא מותאמת**

האם את/ה משתמשת/ת בקוצב לב? _____ (כן/לא) **אם כן - לא מותאמת**

ARP only - האם יש לך מרשת או חסימת עורקים? _____ (כן/לא) **אם כן - לא מותאמת**

באם ענית כן לאחד מהשאלות הללו - אנו מצטערים : אין ביכולתנו לעזור !

האם הינך חולה/ת סרטן? _____ באם כן האם זה בשלב התחלתי או מתקדם? _____

באם הינך חולה/ת סרטן בשלב מתקדם - אנו מצטערים : אין ביכולתנו לעזור. במידה והינך בשלב התחלתי אנא צור קשר.

האם הינך סובלת/ת ממחלת נפילה או סחרחורות? _____ (כן/לא)

פרטי הכאב:

סיבת הכאב (בחרי/י) : תאונת דרכים - תאונת עבודה - תאונת ספורט - תנועה לא נכונה - בא בפתאומיות

היכן מקום הכאב: _____

איזה תנועה קשה לך לעשות עקב הכאב? _____

איזה תנועה מקלה על הכאב? דוגמא - לשכב, ללכת לאט, וכו' _____

מהי עוצמת הכאב בשעת הכאב (1. נמוך מאד 10. גבוה מאד) ? _____ (לחץ מספר 1-10)

מתי החל הכאב הראשוני? _____

תארי/י את הכאב: _____

בחרי/י את הרגשת הכאב : דקירות - שורף - קפוא/רדום - מחטים - כואב מאד (סמן/י ההרגשה)

האם הכאב החמיר מאז? _____ (כן/לא) האם בקרת אצל רופא? _____ (כן/לא)

מה המליץ הרופא? _____

איזה טיפולים לקחת/עברת? (סמן/י מה עשית): תרופות - מס'ג - רופא - ניתוח - מומחה - אלטרנטיבה/משלימה

אחר: _____

האם את/ה אלרני לתרופות? _____ (כן/לא) אם כן אנא פרט: _____

האם עברת בדיקות מעבדה? _____ (כן/לא) אם כן אנא סמן/י מהבאים מה שעברת?

מבחן מעבדה בדיקות רופא מבחנים פיזים בדיקות חשמליות MRI X-RAY אחר: _____

מה היו תוצאות הבדיקה? _____

... סודיות מובטחת על הפרטים

האם יש לך פרטים נוספים שהינך מעוניין לשתף כאן בהקשר לכאב?

הצהרה אישית:

הנני מצהיר/ה בזאת שכל הפרטים שמלאתי הינם נכונים

שם: _____

חתימה: _____

הערה: באם הינך לא מסכים/ה לפרטים הנאמרים לעיל אזי לחצי על יציאה / EXIT