טופס התאמה / הרשמה

15 Torresdale Ave. Unit 210, Toronto, Ontario M2R3X4 CANADA
www.ARPway.co.il
CAN: 1.416.770.1757 USA: 1.206.497.1500 Tool Free Fax: 1.855.853.9659 (USA, CAN & Latin)

שם מלא: _____ מין: ז / נ (אנא הקף) תאריך: _____

שנת לידה: _____ כתובת מגורים ומספר: _____ עיר: _____

מיקוד: _____ טלפון בית: _____ טלפון עבודה: _____ סלולרי: _____

דואר אלקטרוני: _____ זמן מועדף לתיאום פגישה: _____

אנא מלא/י את כל הפרטים הבאים - חובה:

נשים בלבד - האם את בהריון או יש לך מחזור? _____ (כן/לא) אם כן - לא מותאם/ת

האם את/ה משתמש/ת בקוצב לב? _____ (כן/לא) אם כן - לא מותאם/ת

ARP only - האם יש לך זבהת ,מערכת החיסון של גוף האדם תוקף את עצמו? _____ (כן/לא) אם כן - לא מותאם/ת
Autoimmune disorders (Lupus, Rhumatoid Arthritis - body attacks its own connective tissue)

ARP only - האם יש לך טרשת, קריש דם או חסימת עורקים? _____ (כן/לא) אם כן - לא מותאם/ת

האם הינך חולה/ת סרטן? _____ באם כן האם זה בשלב התחלתי או מתקדם? _____ באם הינך חולה/ת סרטן בשלב מתקדם - אנו מצטערים : אין ביכולתינו לעזור.

האם הינך סובל/ת ממחלת נפילה או סחרחורות ? _____ (כן/לא) במידה והינך בשלב התחלתי אנא צור קשר.

האם קבלת זריקות קורטיזון בחודש האחון ? _____ (כן/לא)

פרטי הכאב:

סיבת הכאב (בחר/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) ? _____ (לתת מספר 1- 10)

מתי החל הכאב הראשוני? _____

תאר/י את הכאב: _____

בחר/י את הרגשת הבאב : 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 אלרגי 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 X-RAY MRI אחר: _____

מה היו תוצאות הבדיקה? _____

האם יש לך פרטים נוספים שהינך מעונין 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 לחצ/י על יציאה / EXIT