



שאלון בריאות לטיפול רפלקסולוגיה

שם: _____ מקום מגורים: _____ עיסוק: _____
 גיל: _____ תחביבים: _____
 סולולרי: _____ email _____

יש להקיף בעיגול ולפרט במידת הצורך:

1. בעיות לב : כן לא _____
2. לחץ דם : גבוה נמוך _____
3. כאבי גב : כן לא _____
4. ברכיים : כן לא _____
5. בעיות בעצמות, מפרקים, שרירים : כן לא _____
6. אולקוס : כן לא _____
7. בקע : כן לא _____
8. בעיות/כאבי צוואר : כן לא _____
9. בלוטה התריס : כן לא _____
10. האם את בהריון (איזה חודש) : כן לא _____
11. אפילפסיה : כן לא _____
12. בעיות עיניים : כן לא _____
13. בעיות אוזניים: כן לא _____
14. בעיות עיכול : כן לא _____
15. חוסר תיאבון / עודף תיאבון _____
16. אסתמה : כן לא _____
17. ריאות : כן לא _____
18. אינסומניה (נדודי שינה) : כן לא _____
19. סוכרת : כן לא _____
20. חוסר ריכוז : כן לא _____
21. נטילת תרופות מיוחדות : _____
22. **נטילת תרופות אנטיפסיכוטיות :** _____
23. בעיות נוספות : _____
24. הרגלים טורדניים: כן לא _____
25. פעילות גופנית : כן לא _____
26. עישון : כן לא כמות _____
27. הרגלי צריכת אלכוהול : כן לא _____
28. שימוש בסמים : כן / לא , סוג: _____
29. ציפיות מהטיפול : _____
30. אני מתחייב להודיע לעמליה עמיקם על כל שינוי במצבי הרפואי והבריאותי לפני תחילת הטיפול.
31. הצהרת הורה עבור קטין (עד גיל 18) : שם ההורה _____ חתימה: _____

שם מלא _____ חתימה _____ תאריך _____