

הצהרת בריאות

מצפה אלומות אינה מרכז רפואי ואינה כוללת אנשי מקצוע בתחום הרפואה, כך שהמשתתף/ת בתוכנית אחראי לדאוג בעצמו למצבו ולצרכיו הרפואיים. התוכנית שלנו מחנכת לבריאות דרך תזונה ואורח חיים בריאים. חשוב לדעת שתהליכי ניקוי גוף עלולים לגרום לתופעות לוואי שונות. על כן נבקשך למלא עבורנו הצהרת בריאות זו. המידע סודי.

תקופת השהות: _____

תאריך הגעה: _____

פרטים אישיים

שם פרטי _____ שם משפחה _____

כתובת _____

טלפון בית _____ טלפון נייד _____

כתובת e-mail: _____

תאריך לידה _____ מספר ת.ז. _____

מין ז / נ מצב משפחתי ר / נ / ג / א ילדים _____

שם המוסד הרפואי המטפל _____ סניף _____

שאלות כלליות

1. משקל _____ גובה _____

2. האם אתה סובלת/ת מקשיי הליכה ו/או קושי בעליית מדרגות? כן / לא .

3. האם אתה סובלת/ת מאחת מהמחלות הבאות?

סרטן, סכרת, לחץ דם גבוה/נמוך, מחלות לב, מחלות פרקים, מחלת הנפילה, אי סדירות בבלוטת התריס, בעיות בצפיפות העצם, כולסטרול, מחלות כבד, מחלות דרכי העיכול, מחלות ריאה, מחלות כלי דם, מחלות פסיכיאטריות.

* חשוב! במידה והינך סוכרתי/ת, נבקשך להצטייד בגלוקומטר (מד-סוכר) ומקלוני בדיקה.

פרטי היסטוריה של המחלה _____

4. האם אתה סובלת/ת ממחלות או בעיות בריאותיות אחרות? כן / לא

פרטי: _____

5. האם אתה סובלת/ת מבעיות נפשיות? כן / לא

פרטי: _____

6. האם עשו לך ניתוח השתלה או ייעצו לך לעשות ניתוח? כן / לא

פרטי: _____

7. האם אושפזת בחמש השנים האחרונות? כן / לא

פרט/י:

8. האם אתה צורך תרופות, ויטמינים ומינרלים כטיפול בבעיה בגינה אתה מגיע לסדנה? כן / לא

פרט/י:

9. האם אתה צורך תרופות פסיכיאטריות? כן / לא פרט/י:

10. האם אתה סובל מאלרגיות שונות (תרופות, כימיקלים, מזון)? כן / לא

פרט/י:

11. * לנשים בלבד האם הינך בהריון? כן/לא אם כן, באיזה שבוע?

12. האם הינך מעשן? כן / לא

13. האם עברת טיפול ברפואה אלטרנטיבית? כן / לא

אם כן, בגין איזו בעיה עברת טיפול? _____

מתי עברת טיפול לאחרונה? _____

באיזו שיטה טופלת? _____

14. האם עברת טיפול של Colon Hydro Therapy? כן / לא

15. האם ידוע לך על מצב רפואי שלא נשאלת לגביו באופן מפורש, אשר חשוב כי נדע אודותיו?

פרט/י:

16. סמן V במידה והינך סובל מהסימפטומים הבאים

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> עייפות | <input type="checkbox"/> טחורים |
| <input type="checkbox"/> חולשה | <input type="checkbox"/> בחילות |
| <input type="checkbox"/> סחרחורות | <input type="checkbox"/> צרבת |
| <input type="checkbox"/> התעלפויות | <input type="checkbox"/> עצירות |
| <input type="checkbox"/> כאבי ראש כרוניים | <input type="checkbox"/> שלשולים |
| <input type="checkbox"/> ליחה | <input type="checkbox"/> כאבי בטן |
| <input type="checkbox"/> הפרעות בקצב לב | <input type="checkbox"/> פצעים שאינם מגלידים |
| <input type="checkbox"/> דופק לא סדיר | <input type="checkbox"/> פריחה בעור |

הצהרה :

הנני מאשר/ת כי אני מודע/ת שהשהייה במצפה אלומות אינה מהווה תחליף לטיפול רפואי, תרופתי או פסיכולוגי. מצפה אלומות אינה ממליצה להפסיק כל טיפול רפואי ו/או תרופתי קודם מכל סוג שהוא ללא התייעצות עם הרופא המטפל ואישורו בכתב. הפסקת טיפול רפואי קודם ללא אישור כזה תהא על אחריות המשתתף/ת בלבד.

הנני מאשר/ת כי תשובותיי לכל השאלות הן מלאות וכנות וכי לא החסרתי כל מידע.

חתימת האורח

תאריך

נספח לשאלון בריאות

אם יש לך צרכים דיאטטיים מיוחדים אנא ציין אותם כאן:

שם פרטי _____ שם משפחה _____

נא להחזיר טופס זה חתום לפקס: 04-6709790
או למייל: mizpe@alummot.co.il עד שבוע מתאריך הסדנא.