

FORMULARZ NOWEGO PACJENTA



Data: _____

Imię _____

Nazwisko _____

Data urodzenia: _____ (DD/MM/RRRR)

Zawód/wykonywana praca: _____

Telefon: _____

Jak dowiedział się Pan/Pani o naszym gabinecie?

Wyszukiwarka www Reklama w internecie Nasza strona internetowa

Ulotka Od znajomego/rodziny _____ (Imię i Nazwisko)

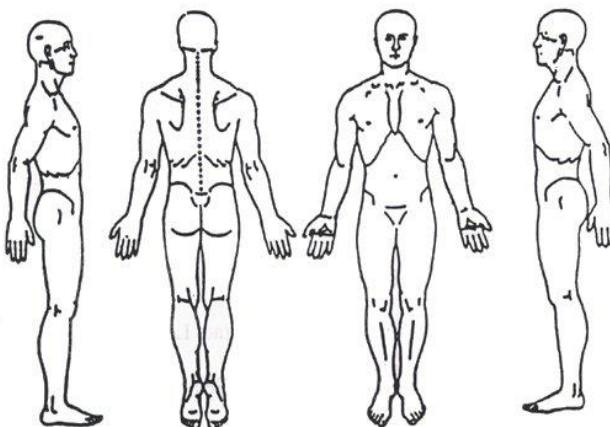
Chcę otrzymywać maile z poradami o zdrowiu i aktualnościami z gabinetu Tak Nie

Adres e-mail _____

Jaki jest powód Pana/Pani wizyty w naszym gabinecie?

1. _____
2. _____
3. _____

Na diagramie, proszę wskazać lokalizację problemu (np. ból pleców)



Od jak dawna dolega Panu/Pani powyższy problem?

1. _____
2. _____
3. _____

Jak silny jest ból (proszę zakreślić odpowiednią cyfrę: 0= brak bólu, 10=bardzo mocny ból)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Czy próbował/próbowałaś jakiejś formy leczenia/terapii w przeszłości? TAK NIE

Jeśli tak to jakiej? _____

Co powoduje nasilenie bólu?

Co powoduje zmniejszenie bólu?

Czy dolegają Państwu któreś z poniższych objawów?

| | | | |
|---------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Mrowienie kończyn | <input type="checkbox"/> | Drętwienie | <input type="checkbox"/> |
| Oslabienie mięśni | <input type="checkbox"/> | Wymioty | <input type="checkbox"/> |
| Zaburzenia widzenia | <input type="checkbox"/> | Zaburzenia równowagi | <input type="checkbox"/> |
| Zawroty głowy | <input type="checkbox"/> | Ból w nocy | <input type="checkbox"/> |
| Gorączka | <input type="checkbox"/> | Oslabienie | <input type="checkbox"/> |

Inne niepokojące objawy? _____

Lista zażywanych leków lub suplementów: _____

Czy kiedykolwiek mieli Państwo lub mają?

| | | | |
|--------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Nadciśnienie | <input type="checkbox"/> | Wypadek samochodowy | <input type="checkbox"/> |
| Cukrzyca | <input type="checkbox"/> | Zwyrodnienie stawów | <input type="checkbox"/> |
| Udar mózgu | <input type="checkbox"/> | Skurcze mięśni | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporozę | <input type="checkbox"/> | Operację kręgosłupa | <input type="checkbox"/> |
| Nowotwór | <input type="checkbox"/> | Choroba tarczycy | <input type="checkbox"/> |

Inne choroby: _____