

# ANKIETA AKUPUNKTURA I TERAPIA



Uwolnij Ciało

Imię i nazwisko	
Data urodzenia / wiek	
Nr telefonu / e-mail	
Miejsce zamieszkania	
Zawód	
Jak pan/pani do mnie trafił(a)?	

**Proszę opisać problemy i potrzeby z jakimi mamy pracować**

**Główna dolegliwość (lokalizacja, charakter bólu tępy, wędrujący, promieniujący, ostry w skali 1:10)**

## Wywiad dotyczący zdrowia

Czy jest pan(i) pod stałą opieką lekarza, psychologa, fizjoterapeuty?

TAK

NIE

Czy przyjmuje pan(i) leki? Jeżeli tak, to jakie:

TAK

NIE

Czy w ostatnim roku był(a) pan(i) hospitalizowany(a) lub miał(a) operację?

TAK

NIE

Jeżeli tak, to czego dotyczyła:

Proszę wymienić ew. wypadki / urazy z ostatnich lat (samochodowe, sportowe, inne):

Proszę wymienić przebyte operacje, porody:

Menstruacja (długość krwawienia, obfita, skąpa, skrzepy, kolor krwi: jasny, ciemny):

Proszę wstawić X jeżeli występuję u pana(i) któryś z symptomów:

<input type="checkbox"/> bóle głowy	<input type="checkbox"/> bóle pleców	<input type="checkbox"/> objawy menopauzy / andropauzy
<input type="checkbox"/> zawroty głowy	<input type="checkbox"/> częste oddawanie moczu	<input type="checkbox"/> drętwienia
<input type="checkbox"/> Zaburzenia równowagi	<input type="checkbox"/> łamliwe, kruche paznokcie	<input type="checkbox"/> potliwość
<input type="checkbox"/> bóle migrenowe	<input type="checkbox"/> łzawiące, piekące oczy	<input type="checkbox"/> kości lub zęby łatwo się łamią
<input type="checkbox"/> bezsenność	<input type="checkbox"/> wypadanie włosów	<input type="checkbox"/> objawy PMS

- problemy z zasypianiem
- chroniczne zmęczenie
- kłopoty z trawieniem
- zaparcia
- biegunki
- bóle brzucha
- wzdęcia
- zapalenie zatok
- szumy uszne

- częste siniaki
- apetyt wzmożony/ osłabiony
- ocieężałość
- odczucie zimna w kończynach
- palpacje
- zgaga
- lęki , ataki paniki
- awersja do zimna/ gorączka
- ból, ucisk w klatce piersiowej

- rozdrażnienie
- depresja
- problemy ze skórą
- słaba odporność
- kaszel
- obrzęki
- endometrioza
- żylaki

Proszę wstawić X jeżeli ma pan(i) lub podejrzewa, że ma:

- choroby krwi
- choroby układu oddechowego
- cukrzycę
- fibromialgię
- hiperglikemię
- hipoglikemię
- HIV/AIDS

- choroby serca
- ciążę
- osteoporozę
- padaczkę
- problemy z ciśnieniem
- problemy ortopedyczne
- nowotwór

- choroby skóry
- Zaburzenia krążenia
- zaburzenia psychiatryczne
- zapalenia stawów
- zapalenie wątroby
- astmę
- niepłodność

Oświadczam, że wymieniłem(am) wszystkie znane mi dolegliwości zdrowotne i zgadzam się informować osobę prowadzącą zabiegi o wszelkich zmianach w tym zakresie. Jeżeli pojawią się wątpliwości odnośnie mojego stanu zdrowia zwrócę się do lekarza po informacje. Mam świadomość, że po zabiegu mogą wystąpić ślady na skórze w postaci niewielkich krwiaków.

Zgadzam się informować z 24-godzinnym wyprzedzeniem o braku możliwości pojawienia się na sesji i zapłacić za sesję odwołaną w ostatniej chwili lub na której mnie nie było bez odpowiedniego powiadomienia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w tej ankiecie dla mojego bezpieczeństwa i potrzeb terapeuty (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997r. o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.). Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że powyższe informacje nie będą w żaden sposób udostępniane osobom trzecim.

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis

\_\_\_\_\_  
data



Uwolnij Ciało