

שאלון לאיבחון

אנא מלאו את השאלון ושלתו לפקס מס' 09-9503038

1. פרטים אשיים של המטופל:

שם המטופל: _____

תאריך לידה: _____

משקל: _____

כתובת: _____

מס' טלפון: _____

דוא"ל: _____

2. האם המטופל אובחן עפ"י שיטות הרפואה המערבית? כן לא

אם כן, רשום את תוצאות האיבחון: _____

אם המטופל סובל ממחלה כרונית כלשהי, ציין את שם המחלה: _____

המטופל סובל מכאבי ראש לעתים קרובות: כן לא

המטופל סובל מכאבי בטן לעתים קרובות: כן לא

3. נטילת תרופות מרשם:

סוג התרופה והמינון: _____

פרק הזמן בו נוטל המטופל את התרופה: _____

4. תזונה:

תזונת המטופל מורכבת בעיקר מ: _____

5. תיאבון:

תיאבון בריא תיאבון ברמה בינונית בד"כ חסר תיאבון

6. יציאות:



יציאות סדירות

עצירות

7. מתן שתן:

- מתן שתן בתדירות רבה במיוחד: כן לא
- הרטבת לילה: כן לא

8. עור:

אם המטופל סובל מבעיות בעור, פרט:

9. שינה:

- המטופל נרדם בקלות: כן לא
- המטופל ישן בשלווה במשך לילה שלם: כן לא
- המטופל סובל מסיוטים לעתים קרובות: כן לא

10. התנהגות:

- | | | | |
|--|--------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | סובל מהתקפי זעם: | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | אלים פיזית: |
| <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | סובל ממצבי רוח: | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | אלים מילולית: |
| <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | ביישן: | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | פטפטן: |
| <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | חולם בהקיץ: | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | אימפולסיבי: |
| <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | התנהגות אובססיבית: | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | חרד: |
| <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | | | סובל מתנועות בלתי רצוניות / טיקים: |
| <input type="checkbox"/> פוחד <input type="checkbox"/> עצוב | | <input type="checkbox"/> כועס | מצב הרוח השכיחה של המטופל: |
| <input type="checkbox"/> לרוב עיף <input type="checkbox"/> בינוני | | <input type="checkbox"/> מרץ רב | רמת האנרגיה של המטופל: |
| <input type="checkbox"/> חברים רבים <input type="checkbox"/> מעט חברים | | <input type="checkbox"/> אין חברים | מצב חברתי: |

11. זכרון:

- | | | |
|--|------------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> חלש <input type="checkbox"/> בינוני | <input type="checkbox"/> טוב | זכרון לטווח קצר: |
| <input type="checkbox"/> חלש <input type="checkbox"/> בינוני | <input type="checkbox"/> טוב | זכרון לטווח ארוך: |

9. בעיות בבית הספר:

- קשיי לימוד: כן לא
- בעיות התנהגות: כן לא



טוב בינוני חלש

כושר ארגון:

שמעתי על על עץ המרפא והדעת / פורמולות הריכוזית® / ריכוזית-היפר®:

- ממטפל במרפאת עץ המרפא והדעת:
- מרופא / מטפל אלטרנטיבי:
- ממאמר בעיתון / ירחון:
- באמצעות חיפוש באינטרנט:

אחר:

הערות:

אנו מודים לכם על מילוי השאלון.