

.....
 NAZWISKO I IMIĘ PESEL (opcjonalnie) TELEFON WIEK GRUPA KRWI

.....
 ADRES ZAMIESZKANIA ZAWÓD WZROST WAGA

Prosimy o staranne wypełnienie karty wywiadu z dwóch stron. Analiza danych znacznie pomoże rozpocząć prawidłowe postępowanie diagnostyczne i lecznicze. Na odwrocie prosimy zaznaczyć miejsca występowania bólu.

	Bóle głowy		Ból w okolicy lędźwiowej kręgosłupa
	Zawroty głowy / omdlenia		Drętwienie nóg
	Rozdrażnienie / nerwica		Ból bioder/ pachwiny / pośladka / kolana / kostki
	Lęki /obawy / depresje		Kłopoty z chodzeniem
	Bezsenna / ciągłe zmęczenie		Bóle / skurcze mięśni
	Niedowład kończyn		Bóle w stawach
	Ból okolicy szyjnej kręgosłupa		Obrzęki kończyn dolnych
	Drętwienie rąk		Kamica nerkowa
	Ból okolicy barku / karku / łokcia / nadgarstka		Tendencje do siniaków / krwawienia
	Nadkwaśność		Choroby układu żylnego
	Ból w okolicy piersiowej kręgosłupa		Choroby serca
	Ból między łopatkami		Choroby tarczycy
	Ból/kłucie w klatce piersiowej		Nowotwory
	Osłabienie mięśni		Choroby neurologiczne
	Duszności / problemy z oddychaniem		Cukrzyca
	Ból serca /okolicy serca		Otyłość / niedowaga
	Ból przy potykaniu		Nadciśnienie
	Uczulenie na leki lub inne uczulenia		Osteoporoza
	Odbijanie się / bekanie		Astma
	Ból w okolicy brzucha / żołądka		Implanty / rozrusznik serca
	Uczucie wzdęcia / wypychania		Bóle menstruacyjne
	Nudności/wymioty		Przebyte lub nosicielstwo WZW/HIV

Czy były wykonywane zabiegi operacyjne, kiedy i jakie?.....

Czy były jakieś urazy, wypadki, złamania, kiedy jakie?.....

Czy są przyjmowane leki, jakie?.....

Czy leczył się Pan/Pani na nerwice lub inne choroby psychiczne, kiedy jakie?.....

Inne ważne informacje dla lekarza (np. renta – z jakiego powodu?).....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, tylko dla Centrum Terapii Kręgosłupa. Oświadczam, iż powyższe dane są prawidłowe. Wyrażam świadomie zgodę na zabiegi fizjoterapii, terapii manualnej, igłoterapii (bez lub z podaniem leku) i proloterapii z podaniem kolagenu / lub PRP. Jestem świadomy(a) możliwości wystąpienia reakcji po-zabiegowej. Oświadczam, że zastosuję się do zaleceń lekarskich i planu wizyt na terapię.

Data..... Podpis.....

UWAGA! PROSIMY O WYPEŁNIENIE KARTY RÓWNIEŻ Z DRUGIEJ STRONY



