



תאריך \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_  
 ת.ז. \_\_\_\_\_ קופ"ח \_\_\_\_\_  
 תאריך לידה \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ מין ז / נ  
 כתובת \_\_\_\_\_  
 טלפון \_\_\_\_\_ תאריך ביקור ראשון \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 מקצוע \_\_\_\_\_ ביטוח בריאות נוסף \_\_\_\_\_

**ברוכ/ה הבא/ה למרפאה, על מנת לייעל את העבודה ולקצר את זמן המתנה נשמח אם תוכל/י לענות על השאלון זה**

האם זה ביקורך הראשון במרפאתינו? (אם לא, ע"י מי ומתי) \_\_\_\_\_  
 בתאריך \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

משקל \_\_\_\_\_ גובה \_\_\_\_\_

מדוע פנית למרפאה?  
 א. בשל כאב/ עיוות

ב. \_\_\_\_\_  
 ב. אחר \_\_\_\_\_

אם בשל כאבי באיזה צד כואב? שמאל / ימין באיזה יותר? \_\_\_\_\_  
 האם יש בכאב מוטיב של צריבה (שורף)? \_\_\_\_\_  
 האם ישנה נפיחות או שינויי צבע \_\_\_\_\_  
 האם הכאב משכים משינה בלילות? \_\_\_\_\_  
 האם הכאב משתנה במשך היום? \_\_\_\_\_  
 האם הכאב תלוי במאמץ? \_\_\_\_\_  
 האם הכאב תלוי בסוג נעליים שהנך נועל? \_\_\_\_\_

האם הבעיה היא כתוצאה מארוע טראומטי (תאונת דרכים/עבודה/נפילה...) או החלה בהדרגה? \_\_\_\_\_  
 מתי החלה הבעיה? \_\_\_\_\_

האם הנך סובלת/ת ממחלות אחרות? (סכרת/ לחץ דם/היפותרואידיזם....) **כל מחלה הינה חשובה!!!**  
 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

האם הנך נוטלת/ת תרופות בקביעות ואם כן אלו?  
 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
 5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_

האם את/ה אוכלת/ת בשר (בקר/עוף/דגים)? \_\_\_\_\_ באיזו תדירות? \_\_\_\_\_



תאריך \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

האם את/ה מעשן/ת? \_\_\_\_\_ אם כן כמה סגריות ב\_\_\_\_\_

האם יש סוכרת במשפחה? \_\_\_\_\_

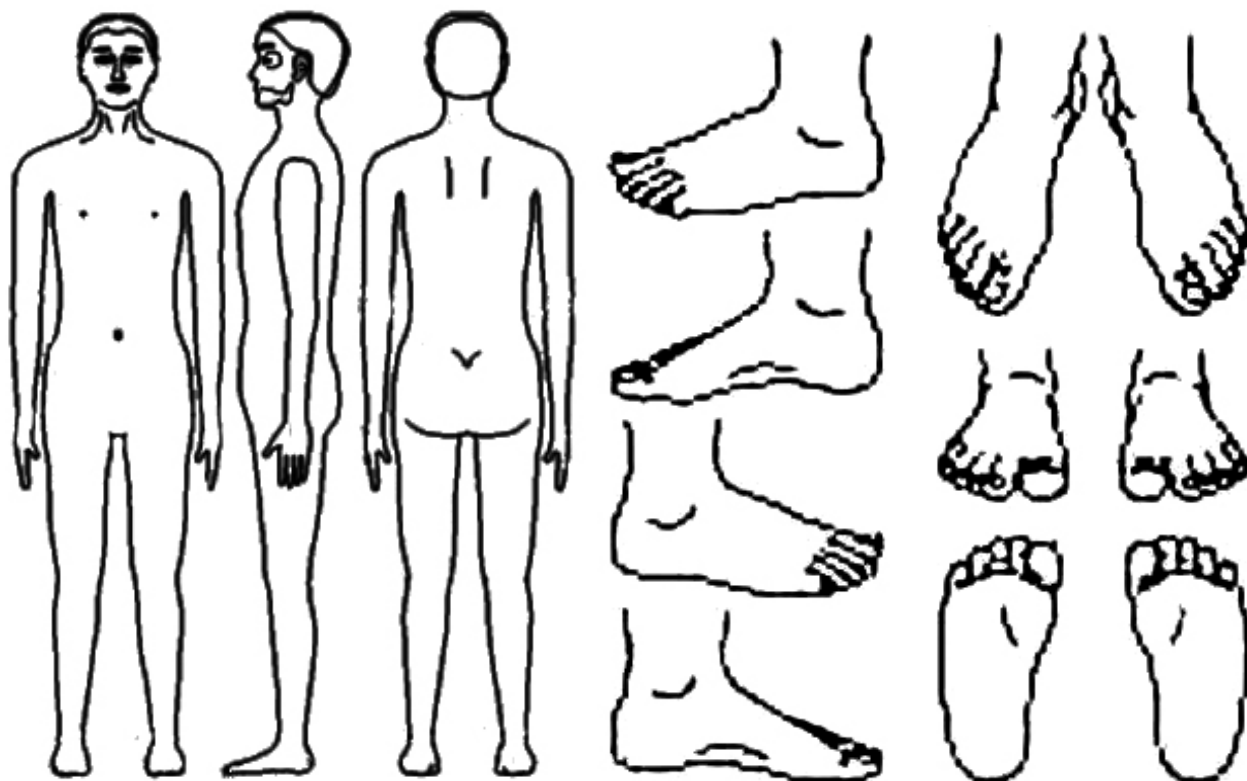
האם טופלת אצל אורטופד אחר? \_\_\_\_\_ אם כן מה שמו? \_\_\_\_\_

שם רופא מטפל (משפחה) \_\_\_\_\_

האם ישנם צילומים או בדיקות שלך במרפאה \_\_\_\_\_

ניתוחים \_\_\_\_\_

אם הנך סובלת/ת מכאב אנא סמני את המקום בציור



מה הציפיות שלך מהביקור אצל הרופא?

---



---



---



---

תודה רבה!