

**פרטי המטופל**

שם \_\_\_\_\_ משפחה \_\_\_\_\_ שם חיבה \_\_\_\_\_  
 מין \_\_\_\_\_ גיל \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_

**פרטי המשפחה**

שם ההורה \_\_\_\_\_ שנת לידה \_\_\_\_\_ בריאות \_\_\_\_\_  
 מקצוע \_\_\_\_\_  
 שם ההורה \_\_\_\_\_ שנת לידה \_\_\_\_\_ בריאות \_\_\_\_\_  
 מקצוע \_\_\_\_\_

**מצב משפחתי** נשואים/ גרושים/ פרודים / חד הורי / הורה יחידני  
 הורות משותפת

**אחים/אחיות**

שם \_\_\_\_\_ גיל \_\_\_\_\_ בריאות \_\_\_\_\_  
 שם \_\_\_\_\_ גיל \_\_\_\_\_ בריאות \_\_\_\_\_  
 שם \_\_\_\_\_ גיל \_\_\_\_\_ בריאות \_\_\_\_\_  
 שם \_\_\_\_\_ גיל \_\_\_\_\_ בריאות \_\_\_\_\_

**סיבת הפניה (תלונה עיקרית)**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 תרופות קבועות / תוספי מזון \_\_\_\_\_  
 חיסונים: \_\_\_\_\_ ניתוחים: \_\_\_\_\_  
 רגישות (תרופות/מזונות/אחר) \_\_\_\_\_

**תזונה:**

תינוקות:

הנקה/ תמ"ל חלבי/ תמ"ל צמחי/ אחר \_\_\_\_\_ מס בקבוקים/ הנקות ביום \_\_\_\_\_

**ארוחות:** (אנא פרטו יום לדוגמא)

\_\_\_\_\_ ארוחת בוקר:

\_\_\_\_\_ ארוחת עשר:

\_\_\_\_\_ ארוחתצהריים:

\_\_\_\_\_ ארוחת ארבע/ חטיפים:

\_\_\_\_\_ ארוחת ערב:

\_\_\_\_\_ לפני השינה:

\_\_\_\_\_ **שתיה:** מים/ מיץ/ חלב/ אחר \_\_\_\_\_

**משחקים תחביבים**

**פרטי התקשרות**

\_\_\_\_\_ טלפון בית:

\_\_\_\_\_ טלפון נייד: 1 שם:

\_\_\_\_\_ טלפון נייד 2 שם:

\_\_\_\_\_ כתובת מייל:

\_\_\_\_\_ רופא מטפל \_\_\_\_\_ טל:

\_\_\_\_\_ הופנתי ע"י \_\_\_\_\_

ידוע לי כי המטפל/ת \_\_\_\_\_ הינו/ה מטפל/ת ברפואה סינית וכי הוא/היא אינו/ה רופא/ה כמו כן, ידוע לי כי הטיפול אשר אני מקבל/ת אצל המטפל/ת אינו מבטל את הצורך (במידה וקיים) בפנייה לרופא בתחום הרפואה המערבית ואיפנייה שלי לכזה הינה על פי החלטתי הבלעדית ואחריותי בלבד . ידוע לי, כי כל שינוי מהמלצות אשר ניתנו על ידי רופא יעשו בתיאום איתו לרבות נטילת תרופות, בדיקות מעקב או כל המלצה אחרת"

\_\_\_\_\_ אישור