



עיסוי ורפלקסולוגיה מוסמכת  
קוסמטיקאית פרא רפואית

## שאלון ופתיחת כרטיס מטופל/ת

תאריך: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### פרטיים אישיים:

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_

גיל: \_\_\_\_\_ זכר ☐ נקבה ☐

מס' תעודת זהות | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

טלפון בבית: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_

דוא"ל: \_\_\_\_\_

מצב משפחתי: ר / נ / ג / א

עיסוק בהווה: \_\_\_\_\_ משנת: \_\_\_\_\_

### עיסוקים קודמים לפי תקופות:

עיסוק: \_\_\_\_\_ תקופה: \_\_\_\_\_

עיסוק: \_\_\_\_\_ תקופה: \_\_\_\_\_

עיסוק: \_\_\_\_\_ תקופה: \_\_\_\_\_

הערות:

---

---

---



## רקע בריאות כללי

### מחלות במשפחה

(הורים, אחים ואחיות, סבים וסבתות, ילדים):

סוכרת / לחץ דם גבוה / מחלת לב / מחלת כליות / בלוטת התריס / סרטן / אסתמה / מחלת עור / אלרגיות / יתר שומן בדם / אחרות – נא לציין בטבלה מטה:

הקרבה	המחלה	פירוט

### מידע בריאות אישי

הגדיר/י את מצב בריאותך בהשוואה עם אחרים בגילך: טוב יותר / שווה / פחות טוב

#### תזונה:

האם את/ה צמחונית? לא / כן - טבעוני לא / כן - דיאטה מיוחדת אחרת לא / כן נא פרטי

---

---

---

#### פעילות גופנית:

האם את/ה עוסק/ת בפעילות גופנית? לא / כן פרטי

---

---

---

#### עישון:

האם את/ה מעשן/ת? לא / כן

אם כן נא לפרט: מספר סיגריות ליום \_\_\_\_\_ משנת \_\_\_\_\_

אם אינך מעשן עכשיו, האם עישנת בעבר? לא / כן

אם כן - משנת \_\_\_\_\_ עד שנת \_\_\_\_\_



## רגישויות

אם הנך סובל/ת מרגישויות כל שהן? לא / כן – נא לפרט בטבלה מטה:

לתרופות		למזון		אחר	
שם	השפעה	שם	השפעה	שם	השפעה

## מחלות או ליקויים חשובים

(היום ובעבר. כולל אשפוזים, תאונות, ליקויים, נכות)

שנה	אבחנה, מחלה, תאונה, ניתוח, ליקוי	הערות

## תרופות

האם את/ה נוטל/ת תרופות מרשם בקביעות? - כן / לא

האם את/ה נוטל/ת תרופות ללא מרשם, כגון ויטמינים או תרופות נגד צרבת, עצירות, כאבים? לא / כן - נא לציין:

שם התרופה	מינון	סיבה

מידע בריאותי נוסף אודותיך שרצוי שהקוסמטיקאית תדע? לא / כן . נא לפרט:

---

---



## לנשים בלבד

מחזור ראשון בגיל \_\_\_\_\_

היית מגדירה את המחזור שלך כסדיר ? לא / כן. פרטי:

---

---

אם עברת את גיל המעבר, באיזה גיל היה המחזור האחרון? \_\_\_\_\_

האם את לוקחת טיפול הורמונלי חלופי? כן/ לא – נא לפרט:

---

- האם את בהריון? \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_
- האם את בטיפולי פוריות? כן / לא
- האם את מניקה? כן / לא

## רקע בריאות העור

1. כיצד מתרפא עורך מחתכים, פצעים, שפשופים?

---

2. סובלת מהרפס? כן / לא

3. סובלת מהרפס או גירוי אחר באזור המיועד לטיפול? כן / לא

פירוט: \_\_\_\_\_

4. סובלת מחסר ב-G6PD? כן / לא

5. סובלת מסוכרת? כן / לא

6. האם הסוכרת מאוזנת ע"י תרופות? \_\_\_\_\_

7. הפטיטיס (דלקת בכבד)? כן / לא

אם כן – לציין סוג: \_\_\_\_\_

8. נשא/ית H.I.V? כן / לא

9. נא לציין אם סובלת ממחלה או נגע עור אחר שלא ציון מעלה :

---

---

---



## אקנה - נתונים היסטוריים

1. האם סבלת מאקנה בעבר? – כן / לא
2. תקופות האקנה - מגיל \_\_\_\_\_ עד גיל \_\_\_\_\_
3. תופעות לוואי לטיפולים קוסמטיים בעבר:

הטיפול:	תופעות הלוואי:

4. האם נטלת רואקוטן? כן / לא כמה זמן? \_\_\_\_\_  
מתי סיימת ליטול? \_\_\_\_\_
5. מחלות עור בעבר:

המחלה:	תקופה:

הערות נוספות של המטופל/ת

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## שימוש בתרופות ו/או בתכשירים לעור

שימוש קבוע בתרופות מרשם לבעיות עור - כן / לא . אם כן – נא לפרט

בבליעה:

\_\_\_\_\_

במריחה:

\_\_\_\_\_

שימוש בגלולות למניעת הריון/התקן המפריש הורמונים? כן / לא . אם כן, נא לפרט:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



באילו תכשירי טיפוח הנך משתמש/ת על בסיס יום יומי ?

רמת חשיפה לשמש עקב עבודה, פעילות גופנית, תחביבים, אחר:

### רגישויות ואלרגיות- עור

נא לציין אם ידועה לך רגישות או אלרגיה ל:

תכשירים קוסמטיים	לא	כן	פירוט :
מרכיבים קוסמטיים	לא	כן	פירוט:
מאלחשים	לא	כן	פירוט:
מתכות	לא	כן	פירוט:
אחר	לא	כן	פירוט:

### הצהרת המטופל/ת

אני מצהיר/ה בזאת כי כל הפרטים שמסרתי ונרשמו במסמך זה נכונים ומלאים. ידוע לי כי כל הנתונים שמסרתי ונרשמו במסמך זה יהוו רקע ובסיס להתאמת טיפול עור מקצועי ע"י הקוסמטיקאית. מלבד הנתונים הנ"ל, לא ידוע לי על כל בעיה בריאותית נוספת. אינני נוטל/ת תרופות נוספות.

אני מחויב/ת לדווח לקוסמטיקאית על כל שינוי במצב הבריאותי וקבלת כל טיפול בהתאם לשינוי.

ידוע לי כי אי מסירת מידע בריאותי ו/או תרופתי מלא באחריותי המלאה וכי זה עלול לגרום לתקלה, בעיה או כשל בטיפול. על כן, לא תהיה לי כל טענה ו/או תביעה כלפי הקוסמטיקאית.

אני מתחייב/ת לקיים במלואן את כל ההנחיות הטיפוליות והמקצועיות של הקוסמטיקאית.

שם מלא וחתימה



## למילוי ע"י הקוסמטיקאית בלבד

### אבחון ראשוני של מצב העור

נושא	ממצאים	פירוט	אזור	הערות
פיצפטרק (מס')				
אחידות גוון				
רגישות				
אדמומיות				
הידרציה				
גמישות				
מיצוק				
פיגמנטציה				
קומדונים				
פפולות				
פוסטולות				
ציסטות				
הפרשת חלב				
מיליומים				
צלקות				
דלקת				
שיעור יתר				
אחר				

### נקודות לציון ומעקב:

---

---

---

### תיאום ציפיות: מטרת הטיפולים, תכנית הטיפולים

---

---

---

---

---

### חשוב ! - אין לבצע טיפולי מזותרפיה במצבים הבאים:

דלקת עור פעילה, זיהום עור פעיל, אקזמה, פסוריאזיס, רוציאה, קופרוז, הרפס, מחלת עור כרונית, סוכרת, דלקות כבד (הפטיטיס), בעיות קרישה, איידס, טרשת רקמת החיבור (Scleroderma), הפרעות אוטו אימוניות (Collagen vascular diseases), דיכוי חיסוני (Immunosuppression), מחלות לב, רגישות למאלחשים, רגישות למתכות.