

הסכמה לקבלת טיפול

חלק א' – פרטי המטופל:

שם: _____ שם משפחה: _____ ת.ז.: _____

ת. לידה: _____ כתובת: _____ נייט: _____

E-Mail: _____

- אני הח"מ מעוניין לקבל טיפול ברפואה משלימה.
- ידוע לי שטיפול ברפואה משלימה אינו תחליף לטיפולים הרפואיים המקובלים, וכי המטפלת אינה רופא ואינה מהווה תחליף למפגש עם הרופא המטפל.
- אני מאשר בזאת כי המידע שמסרתי אודותיי, לרבות המידע הרפואי, הינו אמיתי ונכון
- אני מאשר שלא ניתנה לי כל הבטחה לגבי תוצאות הטיפולים וכי ידוע לי ואני מסכים שהטיפולים ייעשו ע"י המטפל

חלק ב' – הצהרת בריאות (ימולא ע"י המטפל)

האם ידוע למטופל על (נא לסמן ב- x במידה וקיימת הבעיה)

- ☐ בעיות בחוליות, צילומים, בדיקות
- ☐ מחלות לב
- ☐ לחץ דם גבוה (150/90)
- ☐ סכרת (מותר לטפל בחולים המטופלים ע"י דיאטה בלבד)
- ☐ סמים, אלכוהול
- ☐ מחלות נפש
- ☐ אפילפסיה
- ☐ איברים מושגלים, רסיסים, קרישי דם (טרומבוזות)
- ☐ אוסטיאופורוזיס (בריחת סידן) שברים
- ☐ ניתוחים
- ☐ סרטן
- ☐ דלקת במצב אקוטי
- ☐ הריון
- ☐ אלרגיה ידועה
- ☐ תרופות כרוניות
- ☐ צילומים בדיקות
- ☐ אחר _____

הצהרת המטופל:

*** אני מאשר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בטופס זה נכונים.

*** אני מאשר בזאת קבלת חומר פרסומי, כתבות, מידע, מאמרים, מבצעים, הטבות, קופונים, עדכונים וכל חומר שהוא במייל, הודעות טקסט (SMS), הודעה קולית, דיוור ישיר.

תאריך: _____ חתימת המטופל: _____

פרטי המטפל:

שם המטפל _____ סוג הטיפול _____ חתימת המטפל _____