



ש א ל ו ן - ה כ נ ה ל י ע ו ץ ה ו מ א ו פ ת י ר א ש ו ן

ו ל נ ט י נ ה ג ל י ק

ה ו מ א ו פ ת י ת ק ל א ס י ת , R.C.Hom



שלום לכם,

לפניכם שאלון הכנה לפני הגעתכם לטיפול.

השאלון לא מסובך, הינו מורכב מכמה שאלות עיקריות שאשמח שתענו עליהן על מנת שאקבל רקע כללי עליכם.

כל זאת במטרה שאוכל לסייע לכם באופן הכי טוב, ושאוכל להגיע לתוצאות המדויקות והטובות ביותר במציאת הרמדי (ההכנה ההומאופתית) המדויקת עבורכם.

תוכלו להוסיף מידע נוסף או כל דבר העולה על רוחכם בסוף השאלון.

תודה רבה על שיתוף הפעולה!

נתונים אישיים:

1. שם _____
2. תאריך לידה: _____
3. תאריך עליה (אם רלוונטי) _____
4. מין – ז'נ _____
5. מצב משפחתי: ר'נ'א'ג. _____
6. מספר ילדים? ____.

בעיות בריאותיות שברצונך יש לרפא:

1. מהן הבעיות שבגללן את'ה פונה לטיפול הומאופתי? _____

2. מתי כל בעיה הופיעה לראשונה? _____

3. האם ידוע לך אירוע/גורם שאחריו הבעיה הופיעה? _____

4. פרט'י בבקשה מהם הגורמים המביאים להחמרה או להטבה של הבעיה. (כל בעיה בנפרד אם יש כמה) לדוגמא – זמן מסוים, אכילה (מיטיבה או מחמירה), חום או קור הפעלת לחץ על המקום הכואב וכו'.

5. אנא הוסף'י מידע שלדעתך הוא שונה\מוזר\יוצא דופן על הבעיה, או מה שקשור לסימפטומים שכתבת לעיל.

רקע רפואי:

1. אילו תרופות קונבנציונליות את'ה נוטלת? _____

2. האם הינך מטופלת בטיפולים משלימים אחרים? (דיקור, פרחי באך, נטורופתיה?) _____

3. אנא פרט'י את הטיפולים ההומאופתים שעברת (במידה ועברת) ואילו רמדיס הומאופתיות קיבלת. ואת תגובתך לטיפולים הללו.

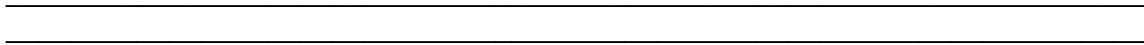
4. פרט'י בבקשה את כל ההיסטוריה הרפואית לך.
5. האם יש סימפטומים נוספים (פיזיים או נפשיים) שאתה סובל מהם?
6. האם עברת ניתוחים (כולל הסרת יבלות)
7. האם קיבלת טיפולים בהקרנות, טיפולים כימיים או רדיואקטיביים?
8. האם סבלת או שאתה סובלת ממחלות ממערכת העצבים, המוח, שיתוקים, הפרעות תנועה או תחושה, סחרחורות, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, הפרעות נפשיות?
9. האם אתה סובלת ממחלות לב, כאבים או לחץ בחזה, הפרעות קצב, תחושת מחנק, דפיקות לב מוגברות, בעיות כלי דם?
10. האם אתה סובלת ממחלות פרקים ועצמות, דלקות פרקים, ראומטיזם, ארטריטיס, כאבי גב, צוואר?
11. האם הינך מרכיב משקפיים? ציין מספר.
12. האם יש לך רגישות לתרופה מסוימת? חומר מסוים?
13. האם הינך בהריון?

מאפיינים כלליים:

1. האם מבחינה פיזית אתה סובלת מחום או מקור?
2. איזה מזג אוויר הכי נוח עבורך (יובש, לחות, חום, קור)?
3. האם אתה מזיעה בקלות?
4. אנא פרט'י מאכלים האהובים עליך ומאכלים שהנך פחות אוהבת, כולל מאכלים שיש לך רגישות אליהם.

מאפיינים רגשיים/נפשיים:

1. מהם הפחדים שלך?
2. האם יש חלומות משמעותיים או עם מוטיבים חוזרים? אם כן פרט'י.
3. אנא ציין'י בעיות קוגניטיביות, קשיים בריכוז ובזיכרון אם יש.



חשוב לציין שכל המידע הינו חסוי!

את השאלון ניתן להשיב למייל שלי valentina@valentinaglik.com או להביא לפגישה עצמה

אם יש לכם שאלות – מוזמנים לפנות אלי דרך הטלפון 054-9287054 או מייל.

שיהיה לנו טיפול מוצלח ופורה!

ולנטינה גליק,

הומאופתית קלאסית, RCHom

www.valentinaglik.com

054-9287054