STUDIO LEO CHEN

QUESTIONARIO PER IL PAZIENTE

BENVENUTO/A e GRAZIE per esserti presentato/a da noi come cliente. Il nostro studio è specializzato nel trattamento di dolori e stress, attraverso il riposizionamento di bacino e colonna, e l’utilizzo ti tecniche e conoscenze terapeutiche orientali.

Per questa ragione, potremmo non accettarti come cliente fino a che: non saremo assolutamente sicuri di sapere cosa sta causando i tuoi problemi di salute dal punto di vista della medicina orientale, non avremo effettuato gli esami energetici necessari per stabilire un programma ottimale per il tuo caso e non saremo completamente fiduciosi di poterti aiutare a recuperare la tua salute. Per favore, sappi che se decidiamo di accettarti come paziente ti faremo specifiche raccomandazioni basate sul comune accordo che la tua salute diventerà la tua PRINCIPALE PRIORITA’.

Grazie ancora per essere venuto/a nel nostro studio.

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome: | Nome: |
| Indirizzo: | Città: |
| Telefono: | Cellulare: |
| Indirizzo e-mail: | data di nascita: |
| Cod. Fiscale: | Stato civile: |
| Numero di figli: | Professione: |
| Come hai conosciuto il nostro studio?  Eventualmente da chi hai sentito parlare di noi? | |
| Hai mai ricevuto cure per lo stesso o simile problema per il quale ti stai rivolgendo a noi? | |

Quali sono le tue aspettative rispetto alla nostro terapia manuale orientale?

Diventare tu la/il protagonista della tua salute

* Benessere pisco-fisico: ”Voglio vivere al massimo potenziale della mia salute.”
* Prevenzione: ”Voglio evitare problemi di salute.”
* Mantenimento: ”Voglio mantenere il mio attuale stato di salute.”

Riacquisire la salute persa:

* Correzione: “Voglio ri-equilibrare: 1) i meridiani (canali energetici) ;2) il tessuto connettivale (compresi i muscoli e i legamenti, i nervi della mia colonna vertebrale e bacino); 3) le ossa  (comprese la ossa dell’apparato scheletrico e articolare). Tutto questo attraverso il percorso di FLDD (Finalmente Libero dal Dolore)”
* Sollievo: “Voglio sentirmi meglio in poco tempo spendendo meno soldi possibile.” (ottenendo “l’effetto cerotto”)

Scrivi le tue condizioni o sintomi:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Scrivi qualsiasi diagnosi sulla sua salute che ti è stata data e che noi dovremmo conoscere:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stai prendendo medicinali? SI  NO - Per quali motivi?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stress Fisico/ Emotivo/ Chimico …

Di seguito sono indicate possibili cause del dolore e dello stress; quali di queste si sono verificate in passato o sono tuttora presenti nella sua vita?

|  |  |
| --- | --- |
| * Trauma del parto * Traumi sportivi * Porto pesi * Cattiva postura * Dormo sullo stomaco * Sto molte ore: in piedi/ seduto * Lavoro molte ore al computer * Incidenti sul lavoro * Guido per molte ore * Incidenti automobilistici * Cadute/Scivoloni | * Cattiva alimentazione * Caffeina * Fumo   Sintomi fisici dovuti dallo stress:   * Stress per figli * Stress per relazioni interpersonali * Stress per lavoro * Nervosismo * Depressione * Abuso di medicinali * Altro … |

Motivo di questa visita

Spiega il motivo di questa visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La visita è legata ad uno specifico incidente/infortunio che ti è capitato? □ Sì □ No In che data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Se sì, descrivilo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Per favore, utilizza la carta dei sintomi generali nella prossima pagina per dare una descrizione dettagliata dei tuoi sintomi)

Quando sono iniziati i tuoi sintomi? \_\_\_/ \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Stanno peggiorando? □ Sì □ No

I tuoi sintomi sono: □ Costanti □ Intermittenti □ Legati a qualche specifica attività

Quali attività aggravano i tuoi sintomi?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I tuoi disturbi interferiscono con: □ Lavoro □ Sonno □ Hobbies □ Routine giornaliera Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C’è qualcosa che attenua i tuoi sintomi? □ Sì □ No Se sì, cosa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hai mai avuto gli stessi sintomi che hai adesso in passato? □ Sì □ No Spiega se occorre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hai già provato qualche tipo di cura medica occidentale tradizionale per i tuoi sintomi? □ Sì □ No Se sì: Quale/i? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quando hai fatto l’ultimo trattamento? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Che risultati hai avuto? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esperienze con la terapia manuale (fisioterapia, osteopatia, chiropratica…)

Sei mai andato/a da uno specialista prima? □ Sì □ No Se sì, nome dello specialista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per che motivo ci sei andato/a?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ti ha mai fatto fare delle radiografie , TAC,RM o altri esami diagnostica? □ Sì □ No Se sì, quale è stata la diagnosi?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ti ha raccomandato un ciclo di trattamenti? □ Sì □ No Ti ha prescritto un programma di esercizi da svolgere a casa? □ Sì □ No

Per quanto tempo hai fatto i trattamenti? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quando è stato l’ultimo trattamento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Come hai risposto ai trattamenti?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sei consapevole di avere qualche abitudine posturale povera? □ Sì □ No

Nella tua famiglia c’è stato qualche caso di problemi spinali? □ Sì □ No Se sì, spiega: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TABELLA DEI SINTOMI GENERALI

Per favore, seguendo la legenda sotto riportata scrivi sulle figure in basso le lettere più appropriate per indicare il tipo e la locazione dei tuoi sintomi. Un esempio: soffri di mal di testa? Allora scrivi una D (per “dolore”) in corrispondenza della testa, e così via. Se hai un tipo di problema che non può essere catalogato con nessuna delle seguenti definizioni, metti la lettera A per “altro” sull’area interessata dal problema, e utilizza l’apposito spazio in basso per spiegare esattamente che tipo di problema è.

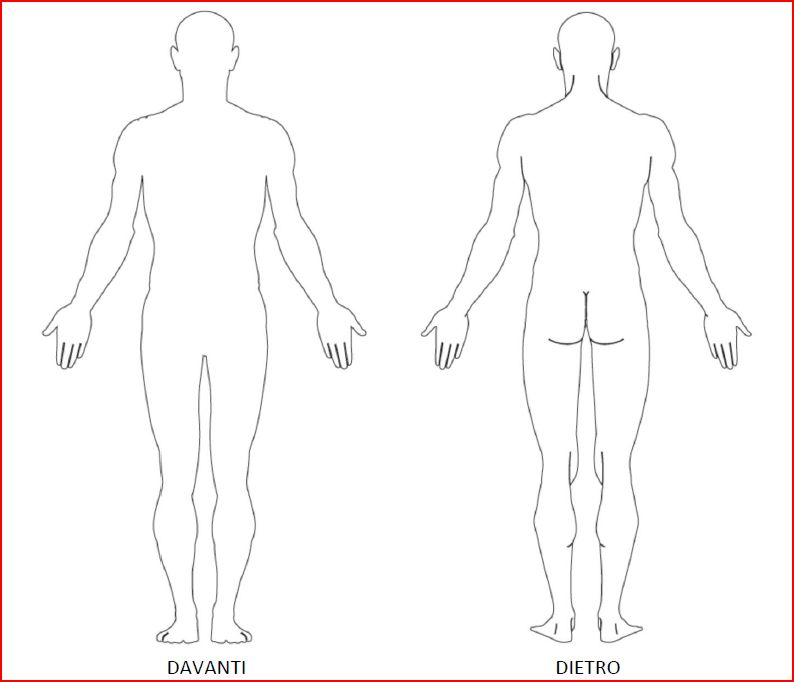
D = Dolore T = Fitte I = Intorpidimento

B = Bruciore S = Spasmi Z = Infiammazione

F = Formicolio R = Rigidità A = Altro tipo di problema

Se hai messo qualche “A” per “altro”, spiega sotto in dettaglio:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



Salute e stile di vita

Fai esercizio fisico? □ Sì □ No Se sì: Quanto spesso? \_\_\_\_\_\_\_ giorni alla settimana Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Che genere di attività svolgi? □ Camminata □ Corsa □ Pesistica □ Bicicletta □ Yoga □ Pilates □ Nuoto □ Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fumi? □ Sì □ No Se sì, quanto e quanto spesso? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bevi alcolici? □ Sì □ No Se sì, quanto e quanto spesso? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bevi caffè? □ Sì □ No Se sì, quanto e quanto spesso? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assumi qualche integratore (vitamine/minerali/erbe)? □ Sì □ No Se sì, quale/i? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_