

ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK
(Kavitační ošetření)

KONTAKTNÍ INFORMACE

Jméno a příjmení _____

Adresa _____

Telefon _____

Věk _____ Datum narození _____ Pohlaví M Ž

Výška (cm) _____ Váha (kg) _____

PACIENTOVA ZDRAVOTNÍ HISTORIE

Prosím uveďte minulost prodělaného onemocnění i přetrvávající zdravotní problémy

Krevní onemocnění _____

Rakovina _____

Dětské nemoci _____

Onemocnění jater _____

Vysoký krevní tlak _____

Kardiostimulátor _____

Kardiacní onemocnění _____

Hyperlipidemia _____

Kovové implantáty _____

Alergie _____

Gastrointestinální problémy _____

Imunitní nesrovnalosti _____

Páteřní nesrovnalosti _____

Neurologické problémy _____

Diabetes _____

Epilepsie _____

Těhotenství _____

Operace _____

Psychiatrické nesrovnalosti _____

Vazivové nesrovnalosti _____

HIV/AIDS _____

LÉKY NA ALERGIÍ

SOUČASNÉ LÉKY

Seznam předepsaných a braných medikací (např. antikoagulanty, aspirin, atd.)!

Pacientův podpis _____

Datum _____

Další komentáře terapeuta _____

Podpis terapeuta _____