

Benvenuto nello Studio Chiropratica Benessere!

La Chiropratica aiuta le persone ammalate a stare bene e mantiene in salute quelle sane.



Il seguente questionario sulla salute aiuta il dottore ad avere una visione generale della sua salute e benessere attuali. Questi dati sono archiviati in modo sicuro e soggetti alla riservatezza e al segreto professionale del medico.



E' pregato dunque di compilare il modulo con i suoi dati personali e la sua storia clinica chiropratica. E' pregato anche di firmare l'ultima pagina del modulo di registrazione. Una volta compilato il modulo le faremo una visita approfondita chiropratica con il Posture Pro e l'Insight Millenium Scan.

E' pregato di pagare alla fine di ogni appuntamento. Ha l'opportunità di farlo o in contanti o con assegno.



Il costo della prima visita è di **€ 175** (include una visita completa Chiropratica eseguita con il Posture Pro e l'Insight Millenium Scan, un aggiustamento chiropratico e la revisione dei risultati nella seconda visita).

Il costo di un **aggiustamento chiropratico è di €50 per gli adulti.**

Per i bambini (2 -12) € 35 e per i neonati €20.

Lezione Di Pailtes Mini Gruppo €20 / Individuale €60



Al fine di garantirvi un corretto andamento della clinica abbiamo fissato degli orari specifici per gli aggiustamenti chiropratici. Se avesse delle domande o vorrebbe discutere col dottore di un evento importante (es: incidente stradale, ecc.), è pregato di chiamare lo studio prima del suo appuntamento in modo da darci la possibilità di fissare l'appuntamento in un orario in cui il dottore potrà dedicarle più tempo.

Accetto che l'appuntamento mancato sarà recuperato entro 24 ore. Prendo altresì atto che se non do un preavviso di 24 ore per spostare l'appuntamento, mi verrà comunque addebitato l'appuntamento mancato. Ci riserviamo il diritto di cancellare la lezione di gruppo di Pilates se non viene raggiunto un minimo di due persone per classe.



Nella clinica troverà anche importanti brochure e informazioni sulla chiropratica. Se ha un membro della sua famiglia o un suo conoscente che non è in buona salute, è pregato di farlo sapere all'Assistente Chiropratica che potrà fornirle delle informazioni utili.



Inoltre, inviamo regolarmente, tramite email, la nostra newsletter con le ultime notizie riguardanti la chiropratica, la salute e il benessere. Se non vuole ricevere queste informazioni, è pregato di farlo presente all'Assistente.



L'abitudine di questo studio è quella di fare i trattamenti chiropratici in un ambiente dagli "aggiustamenti aperti". Questi "aggiustamenti aperti" consistono nel vedere più pazienti, nella stanza degli aggiustamenti, nello stesso momento. Questo ambiente viene utilizzato solo per i trattamenti in sé, e NON viene utilizzato per parlare della storia clinica del paziente, eseguire esami o discutere dei risultati. Questi ultimi vengono eseguiti in aree private e riservate.



E' pregato di spegnere il cellulare prima di entrare nello studio.

FIRMA

Luogo, Data



Informazioni Confidenziali Sulla Sua Salute

(E' pregato di scrivere in stampatello)



Cognome _____ Età _____

Nome _____ Data di Nascita _____

Indirizzo _____ Uomo Donna

Città, Provincia _____ CAP _____

Telefono _____ Altezza in cm _____

Cellulare _____ Num. di Figli _____

e-mail _____

Professione _____

Codice Fiscale _____

Medico di Famiglia Nome _____

Mi dà l'autorizzazione ad aggiornare il suo medico curante sulla sua condizione sì no

Indirizzo _____

Qual è la ragione della sua visita oggi? Quali sono i suoi sintomi principali?

1. Cosa? _____ Da quando? _____

2. _____

3. _____

Trattamenti effettuati per il suo disturbo attuale

Ortopedico

Internista

Internista Psicologo/Psicoterapista

Psicologo/Psicoterapista

Osteopata

Clinica Specialistica

Chiropratico

Agopunturista

Dentista

Omeopatia

Specialista del naso e della gola

Naturopatia

Neurologo

Altro _____



La Sua Salute e il Suo Benessere

ISTRUZIONI: Questo questionario intende valutare cosa Lei pensa della Sua salute. Le informazioni raccolte permetteranno di essere sempre aggiornati su come si sente e su come riesce a svolgere le Sue attività consuete.

Ringraziandola per la collaborazione, la preghiamo di rispondere alle seguenti domande.

Per cortesia faccia una crocetta sulla casella che meglio corrisponde alla Sua risposta.

1. In generale, direbbe che la Sua salute è:

Eccellente	Molto buona	Buona	Passabile	Scadente
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

2. Rispetto ad un anno fa, come giudicherebbe, ora, la Sua salute in generale?

Decisamente migliore adesso rispetto ad un anno fa	Un po' migliore adesso rispetto ad un anno fa	Più o meno uguale rispetto ad un anno fa	Un po' peggiore adesso rispetto ad un anno fa	Decisamente peggiore adesso rispetto ad un anno fa
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵



3. Le seguenti domande riguardano alcune attività che potrebbe svolgere nel corso di una qualsiasi giornata. La Sua salute La limita attualmente nello svolgimento di queste attività?

Per cortesia faccia una crocetta per ogni domanda

SI, mi limita parecchio	SI, mi limita parzialmente	NO, non mi limita per nulla
▼	▼	▼

- a Attività fisicamente impegnative, come correre, sollevare oggetti pesanti, praticare sport faticosi 1 2 3
- b Attività di moderato impegno fisico, come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere, giocare a bocce o fare un giro in bicicletta..... 1 2 3
- c Sollevare o portare le borse della spesa..... 1 2 3
- d Salire qualche piano di scale
- e Salire un piano di scale..... 1 2 3
- _____ 1 2 3
- f Piegarsi, inginocchiarsi o chinarsi..... 1 2 3
- g Camminare per un chilometro..... 1 2 3
- h Camminare per qualche centinaia di metri..... 1 2 3
- i Camminare per circa cento metri 1 2 3
- j Fare il bagno o vestirsi da soli..... 1 2 3



4. Nelle ultime 4 settimane, per quanto tempo ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa della Sua salute fisica?

Sempre	Quasi sempre	Una parte del tempo	Quasi mai	Mai
▼	▼	▼	▼	▼

- a Ha ridotto il tempo dedicato al lavoro o ad altre attività..... 1 2 3 4 5
- b Ha reso meno di quanto avrebbe voluto..... 1 2 3 4 5
- c Ha dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività 1 2 3 4 5
- d Ha avuto difficoltà nell' eseguire il lavoro o altre attività (ad esempio, ha fatto più fatica)..... 1 2 3 4 5

5. Nelle ultime 4 settimane, per quanto tempo ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle attività quotidiane, a causa del Suo stato emotivo (quale il sentirsi depresso o ansioso)?

Sempre	Quasi sempre	Una parte del tempo	Quasi mai	Mai
▼	▼	▼	▼	▼

- a Ha ridotto il tempo dedicato al lavoro o ad altre attività..... 1 2 3 4 5
- b Ha reso meno di quanto avrebbe voluto..... 1 2 3 4 5
- c Ha avuto un calo di concentrazione sul lavoro o in altre attività..... 1 2 3 4 5



6. Nelle ultime 4 settimane, in che misura la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito con le normali attività sociali con la famiglia, gli amici, i vicini di casa, i gruppi di cui fa parte?

Per nulla	Leggermente	Un po'	Molto	Moltissimo
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

7. Quanto dolore fisico ha provato nelle ultime 4 settimane?

Nessuno	Molto lieve	Lieve	Moderato	Forte	Molto forte
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶

8. Nelle ultime 4 settimane, in che misura il dolore L'ha ostacolata nel lavoro che svolge abitualmente (sia in casa sia fuori casa)?

Per nulla	Molto poco	Un po'	Molto	Moltissimo
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵



9. Le seguenti domande si riferiscono a come si è sentito nelle ultime 4 settimane. Risponda a ciascuna domanda scegliendo la risposta che più si avvicina al Suo caso. Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito...

	Sempre	Quasi sempre	Una parte del tempo	Quasi mai	Mai
	▼	▼	▼	▼	▼
a vivace e brillante?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b molto agitato?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c così giù di morale che niente avrebbe potuto tirarLa su?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d calmo e sereno?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e pieno di energia?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f scoraggiato e triste?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g sfinito?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h felice?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i stanco?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Nelle ultime 4 settimane, per quanto tempo la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito nelle Sue attività sociali, in famiglia, con gli amici?

Sempre	Quasi sempre	Una parte del tempo	Quasi mai	Mai
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



11. Scelga la risposta che meglio descrive quanto siano VERE o FALSE le seguenti affermazioni.

	Certamente vero	In gran parte vero	Non so	In gran parte falso	Certamente falso
	▼	▼	▼	▼	▼
a Mi pare di ammalarmi un po' più facilmente degli altri	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b La mia salute è come quella degli altri.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Mi aspetto che la mia salute andrà peggiorando.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Godo di ottima salute	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Grazie per la Sua gentile collaborazione!



INFORMATIVA ex ART. 13 D.Lgs. 196/2003 - Codice Privacy La informiamo che il D.Lgs.

Desideriamo informarLa che in conformità alla normativa vigente il trattamento dei dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti. I dati che Lei ci fornisce all'atto di sottoporsi alle prestazioni sanitarie serviranno sia per rilevare il Suo attuale stato di salute, sia per fini amministrativi, sia per fini di ricerca scientifica, e saranno conservati nei nostri archivi sia cartacei che elettronici. La informiamo che:

1. L'autorizzazione al trattamento dei dati sensibili (dati clinici, immagini fotografiche, esami diagnostici) è strettamente necessaria per consentire l'esecuzione del servizio.
2. Se autorizza il trattamento dei dati a scopo di ricerca clinica, essi saranno utilizzati in modo rigorosamente anonimo.
3. Titolare e responsabile del trattamento è STUDIO CHIROPRACTICA BENESSERE/SILLIPP RICHARD CHRISTOPHER B.Sc,D.C. , con sede legale in Via Caboto 10, 10128 Torino.
4. I dati clinici e il materiale clinico raccolto saranno gestiti in ottemperanza alle norme vigenti e ai codici etici e deontologici professionali.
5. Al titolare del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'art. 7 del D. Lgs 196/03, tra cui quelli di ottenere informazioni sull'origine dei dati personali, sulle finalità e modalità del trattamento, sulla logica applicata nel trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, sugli estremi identificativi del titolare e dei responsabili del trattamento, sui soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei dati, la cancellazione o il blocco dei dati trattati in violazione di legge.

Per i soli pazienti minorenni il modulo deve essere compilato e firmato da un genitore o da chi esercita la

patria potestà: nome di chi compila e firma

in qualità di: genitore tutore altro

Formula di consenso al trattamento di dati sensibili

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 della legge 196/03, acconsente al trattamento dei dati personali, dichiarando di avere avuto in particolare comunicazione che i dati medesimi rientrano fra i dati "sensibili" di cui all'articolo 4 della legge citata.

Data

Firma

Formula di consenso al trattamento per la ricerca scientifica in forma anonima

Il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali per finalità di ricerca scientifica di carattere osservazionale e didattica, in forma tale da garantire il completo anonimato.

Data

Firma