

הכנה לקראת מפגש רפואי

1. פרטים לגבי התור:

שם הרופא/ה: _____
שם המרפאה וכתובת: _____
תאריך ושעה: _____
דרכי הגעה: _____

2. הסיבה הרפואית לקביעת התור:

3. היסטוריה רפואית:

3.1. מתי ואצל איזה רופא היית לאחרונה: _____

3.2. האם טופלת בעוד תחומי רפואה לאחרונה, אם כן באיזה תחום ואם אצל איזה רופא/ה: _____

3.3. מחלות/בעיות רפואיות מאובחנות: _____

3.4. ככל שידוע, היסטוריה רפואית של בני משפחה: _____

3.5. רקע אישי רלוונטי לטיפול הרפואי: **לבחירתך**, ניתן לפרט כל דבר שיכול להשפיע או להעיד על מצב רפואי (אפשר להקיף את התשובה): _____

עישון | אלכוהול | קושי בשינה | פגיעות מיניות | פגיעות בילדות | הזנחה | התעללות | פגיעות עצמיות | הפרעות אכילה | סמים | זנות | שימוש מופרז בתרופות מרשם | חיי רחוב | ניתוקים דיסוציאטיביים | פוסט טראומה | חרדה | דיכאון | אשפוזים פסיכיאטרים | כאב כרוני (תמידי) | קושי בשינה | אחר: _____

4. אם הגעת ממסגרת או יש לך עו"ס או גורם טיפול מלווה, אם כן לציין שם וטלפון: _____

האם אתה רוצה ליווי של עו"ס מטעם קופ"ח במרפאה, לצורך סיוע עם ההתמודדות והקושי הנלווים למצב הרפואי: כן/לא. _____

במהלך הטיפול הרפואי:

4.1. לבחירתך, מותר ורצוי לבקש שיהיה איתך עוד משהו בחדר הטיפול או שלא יכנס אדם נוסף. _____

4.2. בקשות מהרופא/ה לעשות או לא לעשות במהלך הטיפול: _____

להסביר לפני כל פעולה רפואית | להגיד לפני שנוגעים | לדבר בשפה פשוטה ומובנת | _____

אחר: _____

4.3. שאלות שהיית רוצה לשאול את הרופא: _____

5. סיכום המפגש הרפואי:

5.1. ניתן לבקש מהרופא/ה להדפיס את סיכום הטיפול וההנחיות להמשך טיפול. _____

5.2. ניתן לבקש מהרופא/ה לרשום כאן את אבחנה והנחיות להמשך טיפול: _____

אבחנה: _____

תרופות: _____

בדיקות נוספות שנדרשות: _____

הנחיות טיפול נוספות: _____