

Ees- ja perekonnanimi (First and last name) _____

Address (Address) _____

Telefon (Phone) _____ Email _____

Sünniaeg (DOB) _____

Amet (Occupation) _____

Töö on (Work is) Istuv (Sitting) Seisev (Standing) Liikuv (Moving)

Õpilane (Student) Kooli nimi (Where) _____

Lapsega kodus (On maternity leave) Pensionil (Retired)

Kontaktisik (Contact person) _____

Gerly Truuväärt, DC on omandanud USAs Palmeri Kiropraktika Kolledzis (Palmer College of Chiropractic) kiiropraktika doktorikraadi.
Karl Pärjamäe, DC on omandanud Inglismaal Anglo-European College of Chiropractic (AECC) ülikoolis kiiropraktika doktorikraadi.

Eesti Vabariigis puudub kiiropraktiline seadusandlus. Kiiropraktiline ravi on vabatahtlik ja patsiendi omal vastutusel. Kogu informatsioon on konfidentsiaalne ja Kiiropraktika Stuudio ei jaga seda kolmanda osapoolega, ilma vastava kokkuleppeta.

Gerly Truuväärt, DC is 2007 Graduate from Palmer College of Chiropractic, Davenport, Iowa, USA.
Karl Pärjamäe, DC is 2014 graduate from Anglo-European College of Chiropractic, England.

The Chiropractic profession is not legally regulated in the Republic of Estonia. Chiropractic treatment is voluntary and under the patient's own responsibility. All the information will remain confidential and will not be shared with third parties, unless agreed otherwise.

Patsiendi allkiri (Signature) _____ Kuupäev (Date) _____

Kas olete varem kiiropraktiku vastuvõtul käinud Jah (Yes) Ei (No)
(Have you visited a chiropractor before)

Kelle juures ja mis oli peamine põhjus _____
(Who and for what reason)

Kelle soovitusel Te täna siin olete _____
(Who recommended)

Tänase visiidi peamine põhjus _____
(Main reason for today's visit)

Millal see alguse sai _____
(When did it start)

Mis teeb probleemi hullemaks _____
(What makes it worse)

- Istumine (Sitting) Seismine (Standing) Painutamine (Bending) Käimine (Walking)
 Selili olemine (Laying on back) Külili olemine (Laying on side) Raskuste tõstmine (Picking up heavy items)

Kas see segab: Tööd (Work) Magamist (Sleeping) Elukvaliteeti (Quality of Life)
(Does it affect)

Kas on aja jooksul hullemaks läinud Jah (Yes) Ei (No)
(Is it getting worse) Jäänud samaks (Stayed the same)

Millist ravi on Teile määratud (Kas ja mis on aidanud) _____

(Have you had any treatment, has it helped)

Kas Teile on tehtud röntgenipilte/ kompuuter- või magnetuuringut viimase 5 aasta jooksul

(Have you had any X-rays/ CAT-scan/ MRI done in last 5 years)

Jah (Yes)

Ei (No)

PALUN MÄRKIGE TEID PUUDUTAV

(Please mark what concerns you)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Peavalu Kui tihti? _____
(Headache, how often) | <input type="radio"/> Pidev väsimus
(Fatigue) | <input type="radio"/> Põskkoopa probleemid
(Sinus problems) |
| <input type="radio"/> Kange kael
(Stiff neck) | <input type="radio"/> Seljavalu
(Back pain) | <input type="radio"/> Probleemid lõualuudega
(TMJ) |
| <input type="radio"/> Peapööritus
(Dizziness) | <input type="radio"/> Tasakaalu kaotamine
(Loss of balance) | <input type="radio"/> Aneemia
(Anemia) |
| <input type="radio"/> Minestamine
(Fainting) | <input type="radio"/> Osteoporoos
(Osteoporosis) | <input type="radio"/> Diabeet
(Diabetes) |
| <input type="radio"/> Kohin/vilin kõrvades
(Ringing in the ears) | <input type="radio"/> Puusa-/jala probleemid/sipelgad
(Hip/leg pain/pins and needles) | <input type="radio"/> Madal veresuhkur
(Hypoglycemia) |
| <input type="radio"/> Närvilisus/külm higi
(Nervousness/cold sweat) | <input type="radio"/> Õla/käe probleemid/sipelgad
(Shoulder/arm pain/pins and needles) | <input type="radio"/> Südamehaigused
(Heart disease) |
| <input type="radio"/> Valu/raskus rinnakorvis
(Chest pain) | <input type="radio"/> Kusepidamatus
(Incontinence) | <input type="radio"/> Neeruprobleemid
(Kidney problems) |

Vererõhk:

(Blood pressure)

Kõrge (High)

Madal (Low)

Ravimid (Medication)

Kilpnääre:

(Thyroid dysfunction)

Alatalitus (Hypothyroidism)

Ületalitus (Hyperthyroidism)

Ravimid (Medication)

Eesnäärme põletik/suurenenud

(Prostate infection/enlarged)

Kõhusong

(inguinal hernia)

Allergia mille suhtes? (Allergies) _____

Toidualumatus mille suhtes? (Food intolerance) _____

Puukentsefaliit/borrelioos Millal? (Tick-born encephalitis/Lymes disease) _____

Prillid/ kontaktläätsed Viimane kontroll? (Glasses/Contact lenses. Last check?) _____

Autoõnnetus/ traumaatiline sündmus/ kukkumised/ luumurrud (Car accidents/trauma/falls/broken bones)

Peatraumad (Head traumas) _____

Operatsioonid/ täpsustage (Surgeries/explain) _____

Mida tarvitate regulaarselt (What do you take regularly)

- Vererõhu ravimeid** (Blood pressure medication) **Kilpnäärme ravimeid** (Thyroid medication)
 Antidepressante (Antidepressants) **Valuvaigisteid** (Painkillers)
 Muu (Other) _____ **Toidulisandeid** (Supplements)

Sport/kehaline tegevus (Physical fitness/sport)

- Olematu** (None) **Minimaalne** (Minimal) **Mõõdukas** (Moderate) **Intensiivne** (Intensive)
Palun kirjeldage (Please explain) _____

Millises asendis Te magate (Sleeping position)

- Selili** (Back) **Külili** (Side) **Kõhuli** (Stomach)

Harjumuslik selja/kaela "raksutamine" (Habitual spine/neck clicking)

- Jah** (Yes) **Ei** (No)

Harjumused (Habits)

- Suitsetamine** mitu päevas? (Smoking, how many per day) _____
 Alkohol kui palju nädalas? (Alcohol, how much per week) _____
 Kohv mitu tassi päevas? (Coffee, cups per day) _____
 Vesi kui palju päevas? (Water, cups per day) _____

Peale söömist tunnete ennast (How do you feel after a meal)

- Paremini** (Better) **Väsinuna** (Tired) **Normaalselt** (Normal)

Milline on Teie eesmärk (What is your health goal)

- Parandada üldist heaolekut** (Feel better overall)
 Ravida põhiprobleemi (Get help with the main problem)
 Hoida ja nautida head tervist (Prevent disease and enjoy good life)

Vaimne/ emotsionaalne stress/trauma (History of mental/emotional/trauma/challenges)

- Peresised pinged** (Social/Family stress) **Kõrge stressitase koolis/tööl** (High stress level at school/work)
 Füüsiline vägivald (Physical abuse) **Seksuaalne kuritarvitamine** (Sexual abuse)
 Tunnete varjamine (Hold of feelings) **Raske lahutus** (Difficult Divorce)
 Lähedase kaotus (Loss of loved one) **Depressioon** (Depression)
 Alkoholi/uimastite kuritarvitamine (Alcohol/drug abuse)
 Ärevus (Anxiety)

Märkused (Comments) _____

NAISTELE:

(For woman)

- Hetkel rase** (Currently pregnant)

- Rasedusvastased vahendid** (Birth control)
 Valulik/ebaregulaarne menstratsioon (Painful/irregular periods)
 Menopaus (Menopaus)
 Sünnitused, laste sünniaastad/sünnitusprotsess (Births, years born, birth process)

PRAEGUNE RASEDUS:

(Current pregnancy)

Mitmes rasedus _____ Tähtaeg (Due date) _____

Kuidas ennast täna tunned (How do you feel today) _____

Mitme nädalane on loode (How old is the fetus) _____

Kui palju oled kaalus juurde võtnud (How much weight have you gained) _____

Kas kasutasid kunstlikku viljastamist (Did you use infertility treatment) Jah (Yes) Ei (No)

Kui oled 32+ nädalat rase, mis asendis on laps _____

(If you are 32+ weeks pregnant, what is the position of the baby)

Ultraheli, lootevee uuring, geneetiline uuring (Have you had any ultrasound/amniotic fluid/genetic study)

Jah (Yes) Ei (No)

Eelistatud sünnituskoht (Chosen place for giving birth) _____

Kodu (Home) Haigla (Hospital)

Ei ole otsustanud (Have not decided yet)

Kas oled sünnituse pärast mures (Are you worried about birthing process) Jah (Yes) Ei (No)

Kas praegune rasedus on seotud kõrge riskiga (Is current pregnancy considered at high risk)

Jah (Yes) Ei (No)

Kas raseduse ajal on olnud traumasid/kukkumisi/stressi (Have you had any traumas/falls/stress during pregnancy)

Jah (Yes) Ei (No)

Kui jah, siis kes/mis on selle põhjuseks _____

(If yes, then who/what is the reason)

Kas tunned piisavat tuge lähedastelt (Do you feel you have enough support from loved ones)

Jah (Yes) Ei (No)

EELNEVAD RASEDUSED:

(Previous pregnancies)

Kirjelda mõne sõnaga eelnevat sünnitus(t)e kogemust (Describe last birth process with a few words)

Kas on olnud nürisünnitust (Have you had any miscarriages) Jah (Yes) Ei (No)

Mitmendal nädalal eelnevad laps(ed) sündis(id) (At what week the previous kids were born)

Märgi kõik mis puudutab eelnevaid sünnitusi (Mark everything that applies)

Vaginaalne (Vaginal)

Tuharseis (Breech)

Epiduraal (Epidural)

Esile kutsutud (Induced)

Vaakum (Vacuum)

Keisrilõige (C-section)
