

**Eesnimi** (First name) \_\_\_\_\_ **Perekonnanimi** (Last name) \_\_\_\_\_

**Address** (Address) \_\_\_\_\_ **Linn/Maakond** (Town/ County) \_\_\_\_\_

**Telefon** (Phone) \_\_\_\_\_ **E-mail** \_\_\_\_\_

**Sünniaeg** (Date of birth) \_\_\_\_\_ **Vanus** (Age) \_\_\_\_\_

**Töötan** (Working) **Amet** (Occupation) \_\_\_\_\_

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

**Õpilane** (Student) **Kooli nimi** (Where) \_\_\_\_\_

**Lapsega kodus** (On maternity leave)  **Pensionil** (Retired)

Gerly Truuväart, 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. Eestis kiiropraktikuid ei litsenseerita ning sellealane seadustik puudub. Kiiropraktiline ravi on vabatahtlik ja patsiendi omal vastutusel. Kogu informatsioon on konfidentsiaalne ja Kiiropraktika Stúdio ei jaga seda kolmanda osapoolega.

Gerly Truuvaart, 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. Chiropractic profession in Estonia is not legally regulated. Chiropractic treatment is voluntary and patient's own responsibility. All the information will remain confidential and will not be shared with third parties.

**Patsiendi allkiri** (Signature) \_\_\_\_\_ **Kuupäev** (Date) \_\_\_\_\_

**Kontaktisik erakorralise olukorra puhul** (Contact person in case of emergency) \_\_\_\_\_

**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?** (nimi) \_\_\_\_\_

(Who recommended you our studio?)

**Tänase visiidi peamine põhjus?** \_\_\_\_\_

(Main reason for today's visit)

**Millal see probleem alguse sai?** \_\_\_\_\_

(When did it start?)

**Mis teeb probleemi hullemaks?**

(What makes it worse?)

Istumine (Sitting)  Seismine (Standing)  Painutamine (Bending)

Käimine (Walking)  Pikali olemine (Laying down)  Raskuste tõstmine (Picking up heavy items)

**Kas see probleem segab:**

(Does it affect:)

Tööd (Work)  Magamist (Sleeping)  Igapäevast elu (Everyday life)

**Kas see probleem on aja jooksul hullemaks läinud?**  Jah (Yes)  Ei (No)

(Is the problem getting worse?)

Jäänud samaks (Stays the same)

**Millist ravi Teile selle probleemi puhul on määratud? Kas ja mis on aidanud?** \_\_\_\_\_

(Have you had any treatment and has it helped?)

**Kas Teile on tehtud röntgenipilte/ kompuuter- või magnetuuringut:**  Jah (Yes)  Ei (No)

(Do you have any X-rays/ CAT-scan/ MRI?)

**Kuupäev (Date):** \_\_\_\_\_

**Palun hinnake oma üleüldist tervist kümnepalli süsteemis:**

(Rate your health today :)--:( )

Väga hea (very good)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Väga halb (very bad)

**Palun hinnake oma tervist viimase kuu aja jooksul kümnepalli süsteemis:**

(Rate your health in past month :)--:( )

Väga hea (very good)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Väga halb (very bad)

**Palun märkige Teid puudutav ristiga:**

(Health history)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Peavalu</b> kui tihti?<br>(Headache)                    | <input type="checkbox"/> <b>Pidev väsimus</b><br>(Fatigue)                    | <input type="checkbox"/> <b>Põskkoopa probleemid</b><br>(Sinus problems)               |
| <input type="checkbox"/> <b>Kange kael</b><br>(Stiff neck)                          | <input type="checkbox"/> <b>Seljavalu</b><br>(Back pain)                      | <input type="checkbox"/> <b>Probleemid lõualuudega</b><br>(TMJ)                        |
| <input type="checkbox"/> <b>Peapööritus</b><br>(Dizziness)                          | <input type="checkbox"/> <b>Skolioos</b><br>(Scoliosis)                       | <input type="checkbox"/> <b>Aneemia</b><br>(Anemia)                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>Tasakaalu kaotamine</b><br>(Loss of Balance)            | <input type="checkbox"/> <b>Puusa-/ jalavalu</b><br>(Hip/leg pain)            | <input type="checkbox"/> <b>Diabeet</b><br>(Diabetes)                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>Minestamine</b><br>(Fainting)                           | <input type="checkbox"/> <b>Osteoporoos</b><br>(Osteoporosis)                 | <input type="checkbox"/> <b>Madal veresuhkur</b><br>(Hypoglycemia)                     |
| <input type="checkbox"/> <b>Kohin kõrvades</b><br>(Ringing in the ears)             | <input type="checkbox"/> <b>Õla/ käe probleemid</b><br>(Shoulder/ arm pain)   | <input type="checkbox"/> <b>Südame probleemid</b><br>(Heart disease)                   |
| <input type="checkbox"/> <b>Närvilisus/ külm higi</b><br>(Nervousness/ cold sweats) | <input type="checkbox"/> <b>Krooniline köha</b><br>(Chronic cough)            | <input type="checkbox"/> <b>Kusepidamatus</b><br>(Incontinencia)                       |
| <input type="checkbox"/> <b>Depressioon</b><br>(Depression)                         | <input type="checkbox"/> <b>Raskused hingamisel</b><br>(Difficulty breathing) | <input type="checkbox"/> <b>Neeruprobleemid</b><br>(Kidney problems)                   |
| <input type="checkbox"/> <b>Nahaprobleemid</b><br>(Skin problems)                   | <input type="checkbox"/> <b>Valu rinnakorvis</b><br>(Chest pain)              | <input type="checkbox"/> <b>Eesnäärme probleemid</b><br>(Prostate infection/ enlarged) |
| <b>Verevarustuse häired :</b><br>(Circulation)                                      | <input type="checkbox"/> 'Sipelgad' kätes<br>(Pins/ needles in arms)          | <input type="checkbox"/> 'Sipelgad' jalgades<br>(Pins/ needles in legs)                |
| <b>Vererõhk:</b><br>(Blood pressure)  | <input type="checkbox"/> Kõrge<br>(High)                                      | <input type="checkbox"/> Madal<br>(Low)  |
| <b>Krooniline:</b><br>(Digestive problems)  | <input type="checkbox"/> Kõhukinnisus<br>(Constipation)                       | <input type="checkbox"/> Kõhulahtisus<br>(Diarrhea)                                    |
| <b>Kilpnäärme probleemid:</b><br>(Thyroid dysfunction)                              | <input type="checkbox"/> Alatalitlus<br>(Hypothyroidism)                      | <input type="checkbox"/> Ületalitlus<br>(Hyperthyroidism)                              |

- Allergia mille suhtes? (Allergies) \_\_\_\_\_
- Toidutalumatus mille suhtes? (Food intolerance) \_\_\_\_\_
- Puukentsefaliit millal? (Tick-borne encephalitis) \_\_\_\_\_
- Puukborrelioos millal? (Lymes disease) \_\_\_\_\_
- Prillid/ kontaktläätsed? Millal Te viimati kontrollis käisite? (Glasses/ contact lenses) \_\_\_\_\_
- Autoõnnetus/ traumaatiline sündmus** (Car accidents/ trauma) \_\_\_\_\_

**Operatsioonid** millised ja mis aastal? (Surgeries) \_\_\_\_\_

**Kukkumised/ Luumurrud** (Falls/ broken bones) \_\_\_\_\_

**Peatraumad** (Head traumas) \_\_\_\_\_

### Milliseid ravimeid Te regulaarselt tarvitate?

(What medication do you take regularly?)

- Vererõhu (Blood pressure)  Kilpnäärme (Thyroid)
- Antidepressante (Antidepressants)  Valuvaigisteid (Painkillers)
- Muu (Other) \_\_\_\_\_

### Sport/ kehaline tegevus:

(Physical fitness/sport)

- Üldse mitte (None)  Natuke (Light)  Mõõdukas (Moderate)  Intensiivne (Intensive)

Palun kirjeldage? (Pls. explain) \_\_\_\_\_

### Kas Teie uni on rahulik? (Is your sleep calm?)

- Jah (Yes)  Ei (No)

### Millises asendis Te magate?

(In wich position do you sleep?)

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

### 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) \_\_\_\_\_

### Kas hindate oma toitumist tervislikuks?

(Do you consider your eating habits healthy?)

- Jah (Yes)  Ei (No)

### Peale söömist tunnete end (How do you feel after a meal):

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

**Kas olete rahul oma hetke kaaluga?***(Are you satisfied with your weight?)* Jah *(Yes)*  Ei *(No)***Kas Teil on esinenud äkilist kehakaalu langust?***(Extreme weight loss within past year?)* Jah *(Yes)*  Ei *(No)***Kas olete märganud väljaheites verd?***(Have you noticed any blood in your stools?)* Jah *(Yes)*  Ei *(No)***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)*

**Vaimse/ emotsionaalse stressi ning traumade ajalugu:***(History of mental/ emotinal stress/ trauma/ challenges)*

- Korduv füüsiline vaegus *(Recurrent physical illness)*  Peresised pinged *(High family stress)*  Kõrge stressitase töö *(High stress at work)*
- Vaimne/ emotsionaalne kuritarvitamine *lapsepõlves või praegu?* \_\_\_\_\_  
*(Mental / emotional abuse in childhood or now)*
- Füüsiline vägivald *(Physical abuse)*  Seksuaalne kuritarvitamine *(Sexual abuse)*
- Tunnete varjamine *(Hold on feelings)*  Raske lahutus *(Difficult divorce)*  Lähedase kaotus *(Loss of loved one)*
- Alkoholi/ uimastite kuritarvitamine *(Alcohol/ drug abuse)*

Märkused: \_\_\_\_\_  
*(Comments)*

**Naistele:***(For woman)*

Hetkel rase *(palun täitke ära ka rasedatele mõeldud vorm)*  Tähtaeg \_\_\_\_\_  
*(Currently pregnant)* *(Due date)*

Sünnitused, *laste sünniaastad/ sünnitusprotsess* *(Births, years born/ birth process)* \_\_\_\_\_

Toidate rinnaga *(Breast-feeding)*  Rasedusvastased vahendid \_\_\_\_\_  
*(Birth control)*

Valulik menstratsioon *(Painful periods)*  Ebaregulaarne menstratsioon *(Irregular periods)*

Menopaus *(millal algas?)* \_\_\_\_\_  
*(Menopaus, when did it start?)*