

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

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

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

**Töötan** (Working) amet (Profession) \_\_\_\_\_

**Raseduspuhkusel** (On maternity leave) alates (Since) \_\_\_\_\_

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

Gerly Truuväärt, DC on omandanud USAs Palmeri Kiropraktika Kolledzis (Palmer College of Chiropractic) kiropaktika doktorikraadi. Karl Pärjamäe, DC on omandanud Inglismaal Anglo-European College of Chiropractic (AECC) ülikoolis kiropaktika doktorikraadi. Eestis kiropaktikuid ei litsenseerita ning sellealane seadustik puudub. Kiropaktiline ravi on vabatahtlik ja patsiendi omal vastutusel. Kogu informatsioon on konfidentsiaalne ja Kiropaktika Stuudio 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) \_\_\_\_\_

## Tervise ajalugu - enne praegust rasedust:

(Health history - before current pregnancy)

**Kas olete varem kiropaktiku vastuvõtul käinud?**  Jah (Yes)  Ei (No)

(Have you visited a chiropractor before?)

**Kelle juures ja mis oli peamine põhjus?** \_\_\_\_\_

(Whom 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 leevendab?** \_\_\_\_\_

(What helps to relieve?)

**Mis teeb probleemi hullemaks?**

(What makes it worse?)

Istumine (Sitting)  Seismine (Standing)  Käimine (Walking)

Painutamine (Bending)  Pikali olemine (Laying down)

**Kas see probleem segab:**

(Does it affect)

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

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

(Is the problem getting worse?)

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

(Have you been offered any kind of cure 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?)

# 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"/> Alatalitus<br>(Hypothyroidism)                       | <input type="checkbox"/> Ületalitus<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*) \_\_\_\_\_

**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 end** (*How do you feel after a meal*):

Paremini (*Better*)

Väsinuna (*Tyred*)

Normaalselt (*Normal*)

**Kas hindate oma toitumist tervislikuks** (*Do you consider your eating healthy*)?  Jah (*Yes*)  Ei (*No*)

**Vaimse/ emotsionaalse stressi ning traumade ajalugu:**

(*History of mental/ emotinal stress/ trauma/ challenges*)

Korduv füüsiline vaegus  
(*Recurrent physical illness*)

Peresisesed pinged  
(*High family stress*)

Kõrge stressitase tööl  
(*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*): \_\_\_\_\_

# Praegune rasedus:

(Current pregnancy)

Rasedus on iga naise jaoks väga isiklik ja kordumatu aeg. Lapseootel naise kujutatakse ette õnnelike, rahulike ja rahulolevatena. Reaalselt võib see kujuneda ka väga keeruliseks ja muutusterohkeks ajaks.

**Kuidas Te ennast täna tunnete?** \_\_\_\_\_  
(How do you feel today?)

**Mitme nädalane on loode?** \_\_\_\_\_  
(How old is the fetus?)

**Tähtaeg?** \_\_\_\_\_  
(Due date?)

**Mitmendal nädalal saite teada rasedusest?** \_\_\_\_\_  
(How many weeks old was the fetus when you found out about the pregnancy?)

**Kas see on planeeritud rasedus?**  Jah (Yes)  Ei (No)  
(Was the pregnancy planned?)

**Kas ja kui palju olete kaalus juurde võtnud?** \_\_\_\_\_  
(How much weight have you gained?)

**Kas kasutasite kunstlikku viljastamist?**  Jah (Yes)  Ei (No)  
(Did you use infertility treatment?)

**Kui olete rase 32 või enam nädalat, siis millises asendis on laps?** \_\_\_\_\_  
(If you are 32 or more weeks pregnant, in which position is the baby?)

**Kas Teile on tehtud järgnevaid protseduure: ultraheli, lootevee uuring, geneetiline uuring?**  
(Have you had any following procedures: ultrasound, amniotic fluid, genetic observation?)

Jah (Yes)  Ei (No) Põhjus ja sagedus?(Reason and frequency) \_\_\_\_\_

**Eelistatud sünnituspaik?**  Kodu (Home)  Haigla (Hospital)  
(Preferred place for giving birth)  
 Ei ole otsustanud (Have not decided yet)

Kui haigla, siis millist eelistate (nimi)? (Hospital name) \_\_\_\_\_

**Kas olete sünnituse pärast mures?**  Jah (Yes)  Ei (No)  
(Are you worried about delivery?)

**Kas praegune rasedus on seotud kõrge riskiga?**  Jah (Yes)  Ei (No)  
(Is current pregnancy considered at high risk?)

Kui jah, siis mis on selle põhjuseks?(Why?) \_\_\_\_\_

**Kas raseduse ajal on olnud traumasid/ kukkumisi?**  Jah (Yes)  Ei (No)  
(Have you had any traumas/ falls during pregnancy?)

**Kas raseduse ajal on olnud stressi?**  Jah (Yes)  Ei (No)  
(Have you had any stress during pregnancy?)

Kui jah, siis kes/mis on selle põhjuseks? (If yes, then what/ who was the reason?) \_\_\_\_\_

**Kas tunnete, et Teil on piisavalt tuge lähedastelt?**  Jah (Yes)  Ei (No)  
(Do you feel like you have enough support from your loved ones?)

**Kas Te võtate rasedatele mõeldud vitamiine?**  Jah (Yes)  Ei (No)  
(Do you take any prenatal vitamins?)

Kui jah, siis milliseid ja kui kaua? (Which ones/ for how long?) \_\_\_\_\_

**Kuidas hindate oma hetke toitumist?**

(How would you describe your eating habits at the moment?)

- Suurepärase (Excellent)  Hea (Good)  
 Soovin nõu (Would like advise)

**Millises asendis hetkel magate?**

(In which position do you sleep?)

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

**Kas miski häirib Teie magamist?**

(Does anything interfere your sleep?)

**Mitu tundi Te öösel magate?**

(How many hours of sleep do you get?)

Enne rasedust? (Before pregn.) \_\_\_\_\_ Raseduse ajal? (During pregn.) \_\_\_\_\_

**Millist patja kasutate?**

(What kind of pillow do you use?)

- Madalat (Low)  Kõrget (High)  
 Keskmist (Medium)  Ortopeedilist (Orthopedic)

**Kui vana on Teie madrats?**

(How old is your mattress?)

## Eelnevad rasedused:

(Previous pregnancies)

Central Intelligence Agency (CIA) andmetel sünnib Eestis 1.43 last naise kohta. Selleks, et rahvaarv ei kahaneks, oleks laste minimaalne sündivus kaks last naise kohta.

**Kus olete eelnevalt sünnitanud:**

(Where have you given birth before?)

- Kodus (Home)  Haiglas (Hospital)  
 \_\_\_\_\_

**Kas olete kasutanud kunstlikku viljastamist?**

(Did you have any fertility treatments?)

- Jah (Yes)  Ei (No)

**Kas Teil on olnud nurisünnitust?**

(Have you had any miscarriages?)

- Jah (Yes)  Ei (No)

**Olete teinud aborti?**

(Any abortions)

- Jah (Yes)  Ei (No) Millal? \_\_\_\_\_

**Kas sünnitus toimus plaanipäraselt?**

(Did the birth go as planned)

- Jah (Yes)  Ei (No)

**Mitmendal nädalal eelnevad lapsed sündisid?**

(At what week the previous kids were born?)

**Laste sünniaastad?**

(What year were the kids born?)

**Märgi kõik eelmisi sünnitusi iseloomustav:**

(Mark everything that applies)

- Vaginaalne (Vaginal)  Keisrilõige (C-section)  Epiduraal (Epidural)  
 Esile kutsutud (Induced)  Vaakum (Vacuum)  Tuharseis (Breech)

**Mida peaksin veel teadma, et saaksin Teie hetkeolukorra muuta positiivsemaks ja nauditavamaks?**

(Anything else we should know to be able to make your current situation more pleasant and positive?)

---

---

---