

Informazioni da fornire in caso di richiesta di consulto medico

inviare a: Consulenza medica

E-Mail: doctors@sreesankara.com

Istruzioni:

- Leggere attentamente le domande prima di dare una risposta
- Si possono avere consulto diretti con il proprio dottore per qualsiasi problema
- Si prega di dare qualsiasi informazione utile circa la propria malattia
- Tutte le informazioni sono strettamente confidenziali
- Se possibile, si prega di rispondere a tutte le domande in inglese
- Una volta ricevuto il questionario correttamente compilato, saremo in grado di rispondere in 3 giorni, indicando il trattamento ayurvedico necessario

Informazioni anagrafiche:

1. Nome e Cognome _____
2. Sesso: Uomo Donna
3. Data di nascita _____
4. Nazionalità _____
5. Altezza _____ Peso _____
6. Corporatura Snella: SI NO Adiposa SI NO
7. Professione _____
8. Indirizzo di residenza _____
9. Mail _____
10. Telefono _____

Dettagli personali:

11. Hai avuto malattie infettive da bambino? Se si, Quali?

Disabilità conseguente? _____

Se si, di che tipo? _____

12. Soffri di qualche malattia ereditaria? Se si, Quale?

13. Hai problemi di disabilità dalla nascita? Se si, Quali?

14. Hai subito interventi? Se si,

Quando? _____ Dove? _____

15. Hai malattie gravi?

| | Data | Ricovero | Curata |
|--------------------------------|-------------|-----------------|---------------|
| Bronchite | | Si No | Si No |
| Embolia polmonare | | Si No | Si No |
| Insufficienza cardiaca | | Si No | Si No |
| Tonsilliti | | Si No | Si No |
| Laringiti | | Si No | Si No |
| Sinusite | | Si No | Si No |
| Otite Media | | Si No | Si No |
| Ulcere Gastrointestinali | | Si No | Si No |
| Cistifellea o coliche renali | | Si No | Si No |
| Epatite/ Ittero | | Si No | Si No |
| Problemi ginecologici | | Si No | Si No |
| Problemi alla vescica/prostata | | Si No | Si No |
| Trombosi – Flebiti | | Si No | Si No |
| Problemi alla tiroide | | Si No | Si No |
| Glaucoma | | Si No | Si No |
| Altro | | Si No | Si No |

Hai disabilità dovute ad una di queste malattie? Se si, quale?

Sei ancora sotto cure mediche? Si No Quali

16. Per quale motivo vuoi essere curato dalla nostra clinica? Fornisci per favore tutti i dettagli utili

Circa la malattia che deve essere curata con l'Ayurveda

17. Quando è iniziato il problema?

Come è iniziato?

18. Indicare le medicine e i trattamenti prescritti dal proprio dottore

19. Se rimasto soddisfatto dal trattamento? Se no, perché?

20. Indicare lo stato attuale (Normale; Non Normale) delle seguenti caratteristiche:

| | Normale | Non Normale |
|-----------|---------|-------------|
| Memoria | | |
| vista | | |
| udito | | |
| odorato | | |
| gusto | | |
| tatto | | |
| sonno | | |
| intestino | | |
| movimento | | |

21. Fornire dettagli in caso di ulteriori malattie
