

DATI PERSONALI

(DA COMPILARE IN STAMPATELLO)

Cognome:	Nome:			
Indirizzo:	Città:	CAP:		
Telefono - Cell:	Casa:	Uff:		
Indirizzo e-mail:				
Data di nascita:	CODICE FISCALE:			
Stato civile:	<input type="checkbox"/> Coniugato/a	<input type="checkbox"/> Celibe/Nubile	<input type="checkbox"/> Vedovo/a	<input type="checkbox"/> Divorziato/a
Nome del coniuge:	<input type="checkbox"/> Figli	- Nomi:		
Professione:	Medico curante:			
Come ha conosciuto il nostro studio?				
Ha mai ricevuto cure chiropratiche? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO - quando?				

PRESTAZIONE DEL CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Dichiara di aver preso visione dell'informativa fornita dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 D. Lgs 196/2003 sulle finalità e le modalità del trattamento a cui sono destinati i dati, e di essere consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà dati personali e dati sensibili. IL/La sottoscritto/a, presta il consenso per il trattamento e la comunicazione dei dati necessari allo svolgimento di quanto espresso nell'informativa.

Firma leggibile _____ **Data** _____

DESIDERO ricevere informazioni periodiche VIA EMAIL su come migliorare lo stile di vita e lo stato di salute

Firma leggibile _____

PER MINORENNI

IL/La sottoscritto/a _____, quale esercente la potestà genitoriale sul minore suddetto, presta il consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento di quanto espresso nell'informativa.

Firma leggibile _____ **Data** _____

Cosa si aspetta dalla cura chiropratica?

- Benessere** - *"Voglio vivere al massimo potenziale della mia salute."*
- Prevenzione** - *"Voglio evitare problemi di salute."*
- Mantenimento** - *"Voglio mantenere il mio attuale stato di salute."*
- Correzione** - *"Voglio riabilitare i nervi, i muscoli e i legamenti della mia colonna vertebrale."*
- Sollievo** - *"Voglio sentirmi meglio in poco tempo spendendo meno soldi possibile."*

Descriva i suoi disturbi:

Che terapie ha eseguito per questi disturbi?

Sta prendendo medicinali? SI NO - **Per quali motivi?** _____

Stress Fisico/ Emotivo/ Chimico ...

Di seguito sono indicate possibili cause del dis-allineamento delle vertebre (Sublussazione); quali di queste si sono verificate in passato o sono tuttora presenti nella sua vita?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trauma del parto | <input type="checkbox"/> Cattiva alimentazione |
| <input type="checkbox"/> Traumi sportivi | <input type="checkbox"/> Caffaina |
| <input type="checkbox"/> Sollevo pesi | <input type="checkbox"/> Fumo |
| <input type="checkbox"/> Cattiva postura | <input type="checkbox"/> Alcohol |
| <input type="checkbox"/> Dormo a pancia in giù | <input type="checkbox"/> Stress per relazioni interpersonali |
| <input type="checkbox"/> Sto molte ore: in piedi/ seduto | <input type="checkbox"/> Stress per lavoro |
| <input type="checkbox"/> Lavoro molte ore al computer | <input type="checkbox"/> Stress per figli |
| <input type="checkbox"/> Incidenti sul lavoro | <input type="checkbox"/> Depressione / Nervosismo |
| <input type="checkbox"/> Guido per molte ore | <input type="checkbox"/> Abuso di medicinali |
| <input type="checkbox"/> Incidenti automobilistici | <input type="checkbox"/> Interventi chirurgici |
| <input type="checkbox"/> Cadute/Scivoloni | |

Scriva le tre zone principali dove percepisce lo stress nel suo corpo (es: spalle, stomaco, intestino)

.....