



מרכז ויצו "הברר", רח' יוסי בן-יועזר 20
טל: רואי- 050-3007209; אסתר- 054-4273090
יעל- 050-8935359; אסתי- 050-3320607
www.dikur.net

ברוכים הבאים לקליניקה הקהילתית שלנו!

הנה כמה דברים שכדאי לכם לדעת:

● במה אנחנו שונים מקליניקות אחרות לדיקור סיני?

- **אנחנו מעניקים טיפולים בדיקור סיני קהילתי** - זה אומר שתקבלו את הטיפולים בחדר מרווח ונעים, בכסא נוח ולא במיטת טיפולים. לא תצטרכו להתפשט, רק להפשיל את שרוולי החולצה והמכנסיים עד המרפקים/ברכיים.
- הטיפול הראשון יכלול שיחה עם המטפל, קביעת תכנית טיפולית וטיפול. מהטיפול השני והלאה אתם מוזמנים להיכנס עצמאית לחדר הטיפולים ולתפוס כסא. המטפל יגש אליכם ואתם תדברו בקצרה ובלחש לפני קבלת הטיפול.
- בחדר הטיפולים יישבו אנשים נוספים שמקבלים טיפול באותו הזמן ובאותו האופן. אנחנו אוהבים דיקור סיני קהילתי כי זה מאפשר לאנשים לקבל טיפול מתי שהם רוצים, יחד עם חברים או בני משפחה, להרגיש בנוח ולא מבודדים וליצור יחדיו שדה אנרגטי שגורם לטיפול האישי להיות יותר חזק ואפקטיבי.
- **אנחנו גובים בין 60-85 ש"ח עבור טיפול**. במשך אלפי שנים הייתה הרפואה הסינית מוכרת כ"רפואת העם" - זמינה לכל, לא יקרה ושקטה מאד. רק במערב, ב- 30 השנים האחרונות, הפכה הרפואה הסינית ל"לוקסוס" עבור בעלי אמצעים, עם מחירים הנעים סביב המאות שקלים לטיפול, חדרי טיפול קטנים ואישיים והרבה דיבורים. אנחנו החלטנו לסלק את הדיבורים המיותרים והמחירים הגבוהים. אם המחיר שלנו גבוה מדי עבורכם בשביל להשלים סדרת טיפולים, אנא ידעו אותנו. חשוב לנו שתגיעו לדיקור בתדירות ובכמות הדרושות כדי באמת להרגיש יותר טוב.

● דיקור סיני הנו תהליך.

מדי פעם קורה שהדיקור עובד "כמו קסם", והמטופל מרגיש שכל הבעיות שלו חלפו לאחר טיפול אחד. אבל זה מקרה נדיר למדי. הדיקור עובד ע"י עירור מנגנוני הריפוי העצמי הטבעיים של הגוף. התהליך עדין ובטוח ובדרך כלל גם הדרגתי. כמעט כל אחד שמטופל בדיקור יצטרך סדרה של טיפולים כדי לקבל תוצאות טובות. אם לא תגיעו בתדירות ולאורך הזמן הרצויים, הדיקור כנראה לא יעבוד בשבילכם. המטפל ימליץ עבורכם על תכנית טיפולית, כלומר - כמה טיפולים אנו חושבים שתצטרכו לקבל כדי ליהנות מתוצאות טובות. אנא ידעו אותנו אם יש לכם שאלות לגבי התכנית הטיפולית, ואנא השתדלו להיצמד אליה כמיטב יכולתכם.

● כמה פרטים טכניים:

- אנא הביאו עמכם כל דבר שיגרום לכם להרגיש נוח, כמו אטמי אזניים או אוזניות. אנו מספקים כריות ושמיכות אבל אם אתם מעונינים להביא גם אותן מהבית, אין בעיה. אחד הדברים היפים בקליניקה הוא מגוון האנשים שבאים לקבל טיפול - אבל חלקם נוחרים, אין מה לעשות...
- אם מתחשק לכם לשכב עם המחטים מעבר ל- 40-30 דקות הסטנדרטיים, אנא יידעו את המטפל.
- מומלץ לאכול משהו עד שעה לפני הטיפול.
- כדאי להגיע בבגדים נוחים שיאפשרו גישה לאזורים שמתחת לברכיים והמרפקים.
- אם תרצו, אתם מוזמנים להקדים או להישאר בשביל כוס תה!

מחירון טיפולים:

מחיר ממוצע לטיפול בודד	מחיר לסדרה	כמות טיפולים
₪ 85	₪ 85	טיפול בודד
₪ 75	₪ 300	4 טיפולים
₪ 70	₪ 420	6 טיפולים
₪ 62.5	₪ 500	8 טיפולים

אם קבעתם תור ואין באפשרותכם להגיע, אנא השתדלו להודיע על כך כ- 24 שעות מראש, וזאת כדי לאפשר למטופלים אחרים לתפוס את מקומכם. טיפולים שיבוטלו תוך פחות מ- 24 שעות מזמן הטיפול או ללא הודעה מוקדמת יחויבו במחיר הטיפול. כמובן, שאם מדובר במקרה חירום, מחלה חס וחלילה או תקיפה גרעינית של האיראנים, אנחנו מוכנים להתגמש.

אז ברוכים הבאים שוב ואנחנו מקווים שתיהנו מהדרך לבריאות!

כל מידע רפואי שנמסר הנו חסוי

פרטים אישיים	יצירת קשר
תאריך _____	טלפון נייד _____
שם _____	טלפון בבית _____
כתובת _____	אימייל: _____
גיל _____ תאריך לידה _____	איש קשר נוסף לעת הצורך: _____
עיסוק _____	שם _____
מצב משפחתי _____	קירבה _____
כיצד שמעת על רפואה סינית קהילתית? _____	טלפון נייד _____
_____	טלפון בבית _____

היסטוריה רפואית

<p>צייני/י סימפטומים שיש לך או היו לך באופן בולט בשנה האחרונה:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> דיכאון <input type="checkbox"/> כאבי ראש <input type="checkbox"/> סחרחורות <input type="checkbox"/> קושי להתרכז <input type="checkbox"/> דאגנות יתר <input type="checkbox"/> נבהל/ת בקלות <input type="checkbox"/> כעסים <input type="checkbox"/> פחדים <input type="checkbox"/> עייפות/לאות <input type="checkbox"/> חוסר שינה/קשיי הרדמות <input type="checkbox"/> עלייה או ירידה במשקל <input type="checkbox"/> עצבנות/חרדה <p>צייני/י מחלות שיש לך או היו לך בעבר:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> אלרגיות <input type="checkbox"/> אנמיה <input type="checkbox"/> דלקת פרקים <input type="checkbox"/> סרטן <input type="checkbox"/> סכרת <input type="checkbox"/> מחלת לב <input type="checkbox"/> דימומים <input type="checkbox"/> גוש בשד <input type="checkbox"/> לחץ דם גבוה <input type="checkbox"/> איידס <input type="checkbox"/> כולסטרול גבוה <p>האם יש אבחנה מערבית לבעיה ממנה את/ה סובל/ת?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>מה הסיבה לפנייתך לטיפול?</p> <p>(1) _____</p> <p>(2) _____</p> <p>(3) _____</p> <p>איך השינה שלך? _____</p> <p>_____</p> <p>איך העיכול שלך? _____</p> <p>_____</p> <p>תרופות ו/או תוספי תזונה שאת/ה לוקח/ת: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>מחלות קשות, תאונות ו/או ניתוחים שהיו לך: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>צייני/י אם היו/ישנן מחלות בקרובי משפחה (קשר דם)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> סכרת <input type="checkbox"/> לחץ דם גבוה <input type="checkbox"/> שבץ <input type="checkbox"/> סרטן <input type="checkbox"/> מחלת לב <input type="checkbox"/> מחלת כליה
--	--

<p>מערכת לב וכלי דם</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> כאבים בחזה <input type="checkbox"/> לחץ דם גבוה/נמוך <input type="checkbox"/> התקף לב בעבר <input type="checkbox"/> דופק מהיר/לא סדיר <input type="checkbox"/> נפיחות קרסוליים <p>מערכת עיכול</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> שיהוקים, גזים או תחושת נפיחות לאחר ארוחה <input type="checkbox"/> עצירות <input type="checkbox"/> שלשולים <input type="checkbox"/> כאבי בטן <input type="checkbox"/> רעב מוגבר <input type="checkbox"/> טחורים <input type="checkbox"/> בחילות <input type="checkbox"/> תיאבון ירוד <input type="checkbox"/> הקאות <p>גברים בלבד:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> בעיות זקפה <input type="checkbox"/> הפרשות מהפין <input type="checkbox"/> פרוסטטה <p>נשים בלבד:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> נשירת שיער <input type="checkbox"/> דימום בין הווסתות <input type="checkbox"/> קרישי דם בוסת <input type="checkbox"/> הפרשות וגינליות <input type="checkbox"/> דם רב בוסת / דם מועט בוסת <input type="checkbox"/> כאבי וסת חזקים <input type="checkbox"/> מחזור לא סדיר <input type="checkbox"/> תופעות גיל המעבר (אי-שקט, הזעות, גלי חום, יובש...) <input type="checkbox"/> תסמונת קדם-וסתית PMS <input type="checkbox"/> הפלה בעבר <p>האם יתכן שאת בהריון? _____</p>	<p>צייני/ סימפטומים שיש לך או היו לך באופן בולט בשנה האחרונה:</p> <p>שרירים/מפרקים/עצמות:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> רעד / התכווצויות <input type="checkbox"/> פרקים נפוחים <p>כאבים, חולשה, נימול ב:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> זרועות או ירכיים <input type="checkbox"/> רגליים <input type="checkbox"/> ידיים <input type="checkbox"/> צוואר <input type="checkbox"/> כתפיים <input type="checkbox"/> שכמות <input type="checkbox"/> גב תחתון <input type="checkbox"/> אחר _____ <p>עיניים/אוזניים/גרון/מערכת נשימה</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> אסטמה/צפצופי נשימה <input type="checkbox"/> קוצר ראייה/טשטוש ראייה <input type="checkbox"/> קשיי נשימה <input type="checkbox"/> כאבי אוזניים <input type="checkbox"/> בלוטות מוגדלות <input type="checkbox"/> כאבי עיניים <input type="checkbox"/> התקררויות תכופות <input type="checkbox"/> קדחת השחת <input type="checkbox"/> צרידות <input type="checkbox"/> בעיות חניכיים <input type="checkbox"/> דימום מהאף <input type="checkbox"/> ירידה בשמיעה <input type="checkbox"/> שיעול כרוני <input type="checkbox"/> צלצולים באוזניים <input type="checkbox"/> בעיות בסינוסים <p>עור</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> פרונקלים <input type="checkbox"/> שטפי דם בעור <input type="checkbox"/> יובש עור <input type="checkbox"/> גרד/פריחה <input type="checkbox"/> עור רגיש <input type="checkbox"/> הזעת יתר <input type="checkbox"/> ציפורניים יבשות/שבירות <p>מערכת שתן/רבייה</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> דם בשתן <input type="checkbox"/> שתן תכוף <input type="checkbox"/> בריחת שתן <input type="checkbox"/> אבנים/זיהום בכליות <input type="checkbox"/> חשק מיני ירוד
---	--

חתימה

הנני נותנת/את הסכמתי לקבל טיפול בדיקור סיני. אני מאשרת/ת כי אני מודעת/שטיפול זה אינו מהווה תחליף לכל טיפול רפואי קונבנציונלי ו/או התייעצות ברופא קונבנציונלי, וכי אין בכוונתי להפסיק טיפול תרופתי או טיפול רפואי אחר ללא התייעצות עם רופא. כמו-כן, אני מבינה/ה כי אין ערובות לריפוי או לשיפור במצבי.

תאריך: _____ שם וחתימה: _____