

Chiroworks Milano
Viale Monza 37
20127 Milano
Tel: 3751274472

FORMULARIO DI AMMISSIONE



Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: _____

L	L	L	L	L	L	#	#	L	#	#	L	#	#	#	L
Cod fisc:															

Indirizzo: Via _____

Città e CAP: _____

Numero di telefono: _____

Email: _____

Professione: _____

Come ci ha trovati? _____

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Regolamento UE 2016/679 – GDPR)

1. Titolare del trattamento

Il titolare del trattamento dei dati è: Steven Lia, Dottore di Chiropratica (DC), con sede a Chiroworks Milano, in Viale Monza 37, 20127 Milano

2. Finalità del trattamento

I dati personali e sanitari sono trattati per:

- erogazione di prestazioni chiropratiche e attività correlate;
- gestione amministrativa e fiscale;
- adempimenti di legge;
- (facoltativo) invio di promemoria e comunicazioni informative.

3. Base giuridica

Il trattamento è effettuato per:

- prestazioni sanitarie richieste (art. 9.2.h GDPR);
- obblighi normativi (art. 6.1.c GDPR);
- consenso dell'interessato quando necessario.

4. Modalità di trattamento

I dati sono trattati in modo lecito, corretto e sicuro, anche con strumenti elettronici.

5. Conservazione dei dati

I dati sono conservati per il tempo necessario alle prestazioni e per gli obblighi di legge (di norma 10 anni).

6. Comunicazione dei dati

I dati possono essere comunicati a:

- personale sanitario/amministrativo;
- consulenti esterni (es. commercialista, informatico);
- enti pubblici nei casi previsti.

I dati non saranno diffusi né trasferiti all'estero.

7. Diritti dell'interessato

È possibile richiedere: accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione, revoca del consenso, oltre a presentare reclamo al Garante.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Dichiaro di aver ricevuto l'informativa e:

- ☐ Acconsento al trattamento dei miei dati personali e sanitari.
- ☐ Non acconsento (non sarà possibile procedere alla prestazione).

Firma del paziente: _____

Data: ____ / ____ / ____

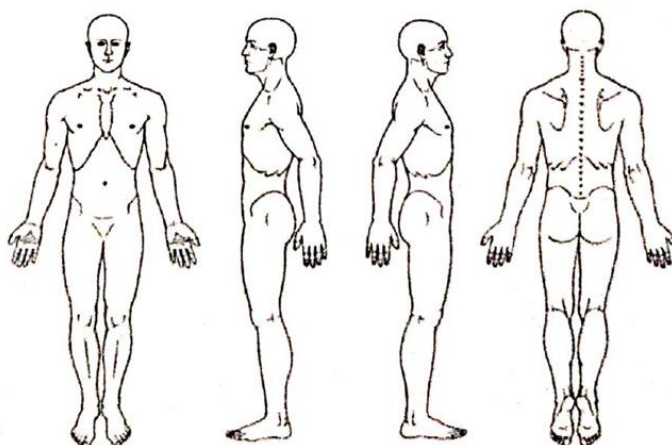
Consenso per comunicazioni (facoltativo)

- ☐ Acconsento a ricevere promemoria/ comunicazioni via email o SMS.
- ☐ Non acconsento

Firma: _____

Data: ____ / ____ / ____

Si prega di indicare sul grafico la posizione dei propri sintomi.



Si prega di indicare i motivi che l'hanno portata a Chiroworks Milano, indicando separatamente i disturbi al collo, alla parte superiore della schiena e alla parte inferiore della schiena. Se ha più di 5 disturbi, si prega di richiedere ulteriori moduli di registrazione..

Sintomo n.1: _____

Da quanto tempo ne soffre? _____ giorni _____ settimane _____ mesi _____ anni

È la prima volta che ne soffre? Sì ☐. Se no, quando è stata la prima volta ? _____

Quanto è forte su una scala da 1 a 10? _____ / 10

Qual è la natura del disturbo?

Tensione/tiraggio ☐ Pungente ☐ Bruciore ☐ Formicolio ☐ Insensibilità ☐ Oppressione ☐

Il disturbo si irradia ad altre parti del corpo?

No, è localizzato ☐ Spalla ☐ Gomito ☐ Mano ☐ Gluteo ☐ Ginocchio ☐ Piede ☐ Altro _____

Quando si manifesta? In un momento particolare della giornata?

Mattina ☐ Pomeriggio ☐ Fine giornata ☐ Altro _____

Sintomo n.2: _____

Da quanto tempo ne soffre? _____ giorni _____ settimane _____ mesi _____ anni

È la prima volta che ne soffre? Sì ☐. Se no, quando è stata la prima volta ? _____

Quanto è forte su una scala da 1 a 10? _____ / 10

Qual è la natura del disturbo?

Tensione/tiraggio ☐ Pungente ☐ Bruciore ☐ Formicolio ☐ Insensibilità ☐ Oppressione ☐

Il disturbo si irradia ad altre parti del corpo?

No, è localizzato ☐ Spalla ☐ Gomito ☐ Mano ☐ Gluteo ☐ Ginocchio ☐ Piede ☐ Altro _____

Quando si manifesta? In un momento particolare della giornata?

Mattina ☐ Pomeriggio ☐ Fine giornata ☐ Altro _____

Sintomo n.3: _____

Da quanto tempo ne soffre? _____ giorni _____ settimane _____ mesi _____ anni

È la prima volta che ne soffre? Sì ☐. Se no, quando è stata la prima volta ? _____

Quanto è forte su una scala da 1 a 10? _____ / 10

Qual è la natura del disturbo?

Tensione/tiraggio ☐ Pungente ☐ Bruciore ☐ Formicolio ☐ Insensibilità ☐ Oppressione ☐

Il disturbo si irradia ad altre parti del corpo?

No, è localizzato ☐ Spalla ☐ Gomito ☐ Mano ☐ Gluteo ☐ Ginocchio ☐ Piede ☐ Altro _____

Quando si manifesta? In un momento particolare della giornata?

Mattina ☐ Pomeriggio ☐ Fine giornata ☐ Altro _____

Sintomo n.4: _____

Da quanto tempo ne soffre? _____ giorni _____ settimane _____ mesi _____ anni

È la prima volta che ne soffre? Sì ☐. Se no, quando è stata la prima volta ? _____

Quanto è forte su una scala da 1 a 10? _____ / 10

Qual è la natura del disturbo?

Tensione/tiraggio ☐ Pungente ☐ Bruciore ☐ Formicolio ☐ Insensibilità ☐ Oppressione ☐

Il disturbo si irradia ad altre parti del corpo?

No, è localizzato ☐ Spalla ☐ Gomito ☐ Mano ☐ Gluteo ☐ Ginocchio ☐ Piede ☐ Altro _____

Quando si manifesta? In un momento particolare della giornata?

Mattina ☐ Pomeriggio ☐ Fine giornata ☐ Altro _____

Sintomo n.5: _____

Da quanto tempo ne soffre? _____ giorni _____ settimane _____ mesi _____ anni

È la prima volta che ne soffre? Sì ☐. Se no, quando è stata la prima volta ? _____

Quanto è forte su una scala da 1 a 10? _____ / 10

Qual è la natura del disturbo?

Tensione/tiraggio ☐ Pungente ☐ Bruciore ☐ Formicolio ☐ Insensibilità ☐ Oppressione ☐

Il disturbo si irradia ad altre parti del corpo?

No, è localizzato ☐ Spalla ☐ Gomito ☐ Mano ☐ Gluteo ☐ Ginocchio ☐ Piede ☐ Altro _____

Quando si manifesta? In un momento particolare della giornata?

Mattina ☐ Pomeriggio ☐ Fine giornata ☐ Altro _____

ANAMNESI MEDICA

Si prega di indicare eventuali incidenti quali cadute, fratture, incidenti stradali, interventi chirurgici o ricoveri ospedalieri. Se non ne avete, scrivete **NESSUNO**.

Incidenti, Fratture (date): _____

Interventi o ricoveri ospedalieri (date): _____

Ha fatto recentemente radiografie, risonanze magnetiche o analisi del sangue? _____

Ha consultato altri professionisti sanitari per il suo disturbo? Quali? ☐ No ☐ Sì, _____

C'è qualcuno nella sua famiglia che ha problemi, sintomi o disturbi simili? ☐ No ☐ Sì, _____

Ha recentemente sofferto di sudorazione notturna o perdita di peso inspiegabile? ☐ No ☐ Sì

FARMACI

Si prega di indicare tutti i farmaci che sta assumendo attualmente, compresi erbe medicinali, vitamine o integratori alimentari.

Nome	Dose	Frequenza	Nome	Dose	Frequenza
_____			_____		
_____			_____		

STILE DI VITA

Fa esercizio fisico? ☐ Sì ☐ No. Di che tipo? Con che frequenza? _____

Segue una dieta sana? ☐ Sì ☐ Potrebbe essere migliore ☐ No

Quanta acqua beve al giorno? (Litri) _____

Beve alcolici? ☐ Sì ☐ No. Quanto? _____

Fuma? ☐ Sì ☐ No. Quanto? _____

Qualcuno dei suoi disturbi limita le tue attività quotidiane? Quali attività? _____

Come classificherebbe il suo stress quotidiano? ____/10

Come dorme? ☐ Bene ☐ Male. Quante ore a notte? _____ / notte.

I suoi disturbi interferiscono con il sonno? ☐ No ☐ Sì, _____

☐ Comprendo che la cura chiropratica riguarda l'individuazione, l'analisi e la correzione della sublussazione vertebrale.

☐ Sono consapevole che una sublussazione vertebrale si verifica quando una o più vertebre spinali perdono la propria struttura/funzione ottimale, causando interferenze con il sistema nervoso.

☐ Sono consapevole che la cura chiropratica si basa sull'evidenza clinica delle sublussazioni, che vengono individuate con test e analisi specifici, e NON sulla presenza o assenza di dolore, sulla mobilità articolare anomala o sulla curvatura anomala della colonna vertebrale.

☐ Sono consapevole che una seduta di trattamento consiste in una terapia manipolativa chiropratica (aggiustamenti) volta a riallineare la colonna vertebrale e correggere i complessi di sublussazioni vertebrali. Questa terapia viene somministrata attraverso aggiustamenti manuali chiropratici HVLA (alta velocità, bassa ampiezza) o con l'ausilio di tecniche MAT (tecniche meccanicamente assistite: attivatore, drops, blocchi ortopedici).

☐ Il chiropratico può eseguire un esame manuale diretto sulle aree del corpo correlate ai dati clinici iniziali forniti dal paziente al fine di ottenere le informazioni migliori.

☐ Il chiropratico mi informerà sul processo da seguire per raggiungere uno stato di salute e benessere migliore, valuterà la mia condizione e formulerà una proposta di trattamento basata sui risultati dell'esame iniziale.

☐ Sono consapevole che la durata di una seduta di aggiustamento presso la clinica Chiroworks Milano varia in genere dai 10 ai 15 minuti. La seduta termina una volta che sono stati effettuati gli aggiustamenti chiropratici necessari per correggere le sublussazioni vertebrali. L'uso di tecniche aggiuntive sui tessuti molli o articolari, come la terapia dei nodi muscolari (trigger point), l'uso di Thumper, la tecnologia Arthrostim o lo stretching PNF, viene effettuato solo se il professionista lo ritiene necessario e pertinente per integrare la seduta di aggiustamento chiropratico.

☐ Sono consapevole che ogni paziente reagisce in modo diverso alle prime sedute di aggiustamento. Alcuni pazienti avvertono un miglioramento immediato, altri inizialmente non avvertono alcun cambiamento sintomatico, mentre altri possono provare fastidio sotto forma di rigidità, aumento della tensione muscolare o un iniziale aumento dei sintomi, che in genere si attenua con il tempo (nota anche come Reazione).

☐ Sono stato informato che altre complicanze molto rare del trattamento chiropratico includono distorsioni, fratture ossee (fratture costali) e lesioni vascolari. Sono consapevole che la probabilità di complicanze a seguito di cure chiropratiche è estremamente bassa. Il rischio di una lesione vascolare a seguito di un aggiustamento cervicale è stimato tra uno su un milione e uno su venti milioni, a seconda della fonte utilizzata come riferimento.

☐ Se dovete modificare gli appuntamenti programmati, il nostro studio richiede un preavviso di almeno 24 ore. Qualsiasi appuntamento mancato, senza adeguata notifica, sarà soggetto a una penale di 60 euro. Dopo tre appuntamenti mancati, il vostro dottore potrebbe interrompere il trattamento.

Data: _____

Firma: _____