

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ / PATIENT INFORMATION**

Όνομα/First Name: [ ] Επώνυμο/Surname: [ ] Ημερομηνία Γέννησης / Birth Date: [ ]

Φύλο /Gender:  Άρρεν Male  Θήλυ Female  
Οικογενειακή Κατάσταση / Marital Status:  Άγαμος/η Single  Έγγαμος/η Married  Διαζευγμένος/η Divorced  Χήρος/α Widowed  
Αριθμός Παιδιών / # of Children: [ ]

Διεύθυνση / Address: [ ]

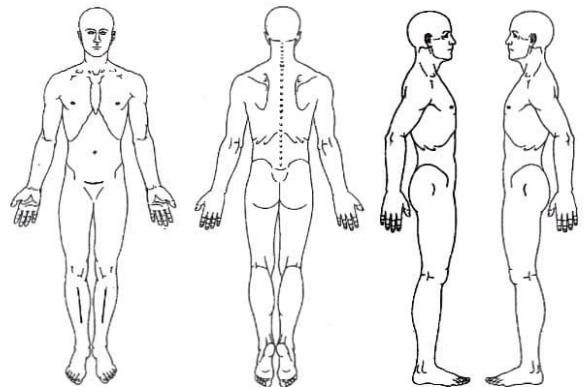
Βάρος / Weight: [ ] Ύψος / Height: [ ] Ηλεκτρονική Διεύθυνση / Email: [ ]

Επάγγελμα Occupation: [ ] Ποιος σας παρότρυνε να έρθετε σε εμάς για να τον ευχαριστήσουμε? Who can we thank for referring you to us?: [ ]

**ΤΡΕΧΟΝΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ / CURRENT HEALTH CONCERNS**

Ποιά θέματα υγείας σας φέρνουν στο γραφείο  
What health concerns bring you into the office?  
[ ]

Παρακαλείσθε να κυκλώσετε σε ποιο σημείο του σώματος είναι το πρόβλημα  
Please indicate with a circle where you are experiencing your problem



Πότε ξεκίνησε αρχικά το πρόβλημα υγείας?  
When did the health problem first begin?  
[ ]

Τι βοηθάει το πρόβλημα σας? What makes the problem better?  
[ ]

Τι κάνει το πρόβλημα χειρότερο? • What makes the problem worse?  
[ ]

Έχετε φροντίσει για αυτό το πρόβλημα πριν?  
Have you received care for this problem before?  
 Ναι / Yes  Όχι / No

**ΧΕΙΡΟΠΡΑΚΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ / CHIROPRACTIC HISTORY**

Έχετε επισκεφτεί κάποιον χειροπρακτικό στο παρελθόν?  
Has a Chiropractor ever taken care of you?  
 Ναι / Yes  Όχι / No

Εάν ναι, πότε ήταν η τελευταία σας επίσκεψη? • If yes, when was your last visit?  
[ ]

**ΤΡΑΥΜΑΤΑ: ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ / PHYSICAL TRAUMAS**

Συχνότητα άσκησης / Exercise Frequency ::  
 Καθόλου/ None  1-2x/εβδομαδα 1-2x/week  3-5x/εβδομαδα 3-5x/week  Καθημερινά Daily

Πως κοιμάστε κανονικά? / How do you normally sleep?  
 Ανάσκελα Back  Στο πλάι Side  Μπρούμυτα Stomach  Με μαξιλάρι With a pillow

# ΤΡΑΥΜΑΤΑ: ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ / TRAUMAS: PHYSICAL INJURY HISTORY

Έχετε υποστεί ποτέ ?  
Have you ever had?

Όχι / No  Ναι / Yes

Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες

If yes, give details

Χειρουργικές επεμβάσεις Surgeries	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Νοσηλεία / Hospitalizations	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Κατάγματα / Fractures	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Πτώσεις / Falls	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ασχημα αυτοκίνητο ή μηχανοκίνητο Auto or motorcycle accident	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Άλλους τραυματισμούς Other injuries	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

## ΤΟΞΙΝΕΣ: ΧΗΜΙΚΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΑ / TOXINS: CHEMICAL & ENVIRONMENTAL HISTORY

Παρακαλούμε αξιολογήστε την ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ σας για κάθε μία από τα παρακάτω • Please rate your CONSUMPTION for each:

	Καθόλου / None		Μέτρια / Moderate		Πολύ / High	
Καφές / Coffee	0	1	2	3	4	
Τσιγάρα / Cigarette	0	1	2	3	4	
Νερό / Water	0	1	2	3	4	
Αλκοόλ / Alcohol	0	1	2	3	4	
Αναψυκτικά / Sodas	0	1	2	3	4	
Φάρμακα / Medicine	0	1	2	3	4	

Παρακαλείσθε να αναφέρετε τα φάρμακα και τις βιταμίνες που παίρνετε

Please list any medicines & vitamins that you are taking

## ΣΚΕΨΕΙΣ: ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ / THOUGHTS: EMOTIONAL STRESS & CHALLENGES

Παρακαλούμε αξιολογήστε το ΣΤΡΕΣ για κάθε μία από τα παρακάτω

Please rate your STRESS for each:

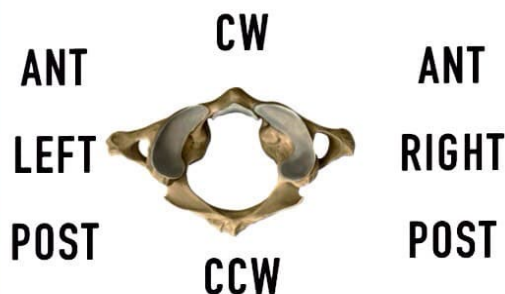
	Καθόλου None		Μέτρια Moderate		Πολύ High			Καθόλου None		Μέτρια Moderate		Πολύ High	
Σπίτι Home	0	1	2	3	4	Χρήματα Money	0	1	2	3	4		
Εργασία Work	0	1	2	3	4	Υγεία Health	0	1	2	3	4		
Ζωή Life	0	1	2	3	4	Οικογένεια Family	0	1	2	3	4		

• ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΜΗΝ ΓΡΑΦΕΤΕ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΑΥΤΗ ΤΗ ΓΡΑΜΜΗ / PLEASE DO NOT WRITE BELOW THIS LINE •

LEFT	SEGMENT	RIGHT
	OCC	
	C1	
	C2	
	C3	
	C4	
	C5	
	C6	
	C7	

LEFT	SEGMENT	RIGHT
	T1	
	T2	
	T3	
	T4	
	T5	
	T6	
	T7	
	T8	
	T9	
	T10	
	T11	
	T12	

LEFT	SEGMENT	RIGHT
	L1	
	L2	
	L3	
	L4	
	L5	
LIL	SAC	RIL



LSL	PRONE	RSL
+		+
LEFT	DEREFIELD	RIGHT
-		-
LEFT	ILLIUM	RIGHT
SAL	SAC APEX	SAR
LSL	SUPINE	RSL
L ROT	BALANCE	R ROT
EXTENSION		FLEXION