



ברוכים הבאים!

הנה כמה דברים שכדאי לכם לדעת:

- "נקודת חיבור" היא קליניקה שמציעה טיפולי דיקור סיני פשוטים ויעילים במחירים שפויים. במשך אלפי שנים הייתה הרפואה הסינית מוכרת כ"רפואת העם" - זמינה, נגישה ולא יקרה. המטרה שלי בקליניקה היא לאפשר לכם להגיע לטיפול בתדירות ובכמות הדרושות כדי באמת להרגיש יותר טוב, ולכן מוצעים מחירים נוחים שיאפשרו לכם את זה.
- הטיפול הראשון יכול שיחת איבחון, קביעת תכנית טיפולית וטיפול.
- 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, אך 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.
- אני אמליץ עבורכם על תכנית טיפולית, כלומר - כמה טיפולים אני חושב שתצטרכו לקבל כדי ליהנות מתוצאות טובות. אנא השתדלו להיצמד אליה כמיטב יכולתכם.
- **כמה פרטים טכניים:**
 - מומלץ לאכול משהו עד שעה לפני הטיפול.
 - כדאי להגיע בבגדים נוחים ואף להביא עמכם מכנסיים קצרים שיאפשרו דיקור באזור הירכיים.
 - אם תרצו, אתם מוזמנים להקדים או להישאר בשביל כוס תה או קפה!
 - 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.

מחירון:

מחיר לטיפול	מחיר לסדרה	כמות טיפולים
150 ₪	-	טיפול בודד
135 ₪	1,080 ₪	8 טיפולים

<p>מערכת לב וכלי דם</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> כאבים בחזה <input type="checkbox"/> לחץ דם גבוה <input type="checkbox"/> לחץ דם נמוך <input type="checkbox"/> התקף לב בעבר <input type="checkbox"/> דופק מהיר <input type="checkbox"/> דופק 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"/> גרד באשכים <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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> שחלות פוליציסטיות <p>האם יתכן שאת בהריון? _____</p> <p>האם הנך מעשנת? _____</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 <input type="checkbox"/> התכווצויות <input type="checkbox"/> מפרקים 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"/> ברכיים <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"/> נחירות <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"/> שטפי דם בעור <input type="checkbox"/> יובש עור <input type="checkbox"/> גרד <input type="checkbox"/> פריחה <input type="checkbox"/> עור רגיש <input type="checkbox"/> הזעת יתר <input type="checkbox"/> ציפורניים יבשות <input type="checkbox"/> ציפורניים 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: _____