

SCHEMA ANAMNESI DI VALUTAZIONE – Metodo Frequency® DATA: _____

DATI ANAGRAFICI

Nome e Cognome		Età	...	Sesso	☐ M	☐ F
Indirizzo		Telefono				
Email						
C.F.						

2. STORIA MEDICA GENERALE

Hai una diagnosi medica attuale? (☐ Sì ☐ No) – Se sì, specifica	
Hai subito interventi chirurgici? (☐ Sì ☐ No) – Se sì, quali e anno	
Assumi farmaci regolarmente? (☐ Sì ☐ No) – Se sì, quali	
Allergie o intolleranze note? (☐ Sì ☐ No) – Se sì, quali	
Patologie croniche o ricorrenti? (☐ Sì ☐ No) – Se sì, quali	
Disturbi del sonno? (☐ Sì ☐ No)	
Traumi fisici importanti? (☐ Sì ☐ No) – Se sì, descrivi	

STORIA EMOTIVA E STILE DI VITA

Ti consideri (☐ Calma ☐ Ansiosa ☐ Impulsiva ☐ Riflessiva)	Livello di stress (1-10)
Attività fisica regolare (☐ Sì ☐ No) – Tipo e frequenza	
Segui una dieta particolare	
Abitudini nocive (fumo, alcol, ecc.)	

MOTIVO DELLA RICHIESTA

Motivo principale per cui desideri utilizzare il Metodo	
Da quanto tempo hai questo disturbo/disagio?	
Hai già provato altri trattamenti? (☐ Sì ☐ No) Se sì, quali	

OBIETTIVI PERSONALI

Riduzione del dolore ☐

Maggiore equilibrio emotivo ☐

Maggiore energia e vitalità ☐

Miglioramento del sonno ☐

Altro: _____

In quanto tempo ti aspetti miglioramenti?

Disponibile a mantenere costanza nel percorso? (☐ Sì ☐ No)

CONSENSI

Autorizzo trattamento dati (GDPR) ☐ Sì

Dichiaro di aver compreso che il Metodo Frequency non sostituisce trattamenti medici ☐ Sì

Firma: _____

Data: _____

Scheda Valutazione del Dolore o Sintomo da paragonare nelle sedute postume

[illegible]