

Henkilö- ja yhteystiedot

Etunimet	Sukunimi
Henkilötunnus	
Osoite	
Postinumero- ja toimipaikka	
Puhelinnumero	Sähköposti
Alaikäisen huoltaja	
Saako sinulle lähettää HierontaFysio Katjan ajankohtaisista tarjouksista ja kampanjoista?	
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Hyväksyn tietojeni tallentamisen HierontaFysio Katjan ja siellä toimivien ammattiharjoittajien rekisteriin, josta tiedot tallentuvat Kanta-arkistoon, vain fysioterapia. Kanta arkiston avulla tiedot ovat myös terveydenhuollon yksiköissä, joissa ammattilaiset tarvitsevat niitä potilaan hoitoon. Voit myös itse tarkastella tietojasi osoitteessa omakanta-järjestelmässä: www.kanta.fi	

Hoitoon tulon syy

Minkä vuoksi tulet fysioterapiaan/ hierontaan?
Kuinka kauan oire on kestänyt?
Oletko käynyt kyseisen vaivan vuoksi muussa hoidossa? Missä?
Oire alueelle tehty tutkimukset/ kuvantamiset: röntgen, magneetti, leikkaukset tms.?
Oireita helpottaa?
Oireita pahentaa?
Merkitse kuvaan oirealue/kipualue ympyröimällä tai rastittamalla X

Terveydentila

<p>Rastita, mikäli sinulla on tai on ollut</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> säännöllinen lääkitys <input type="checkbox"/> Lääkärin diagnosoima sairaus <input type="checkbox"/> Leikkaus <input type="checkbox"/> Sydän- ja verisuoni sairaus Mikä _____ <input type="checkbox"/> Hengityselin sairaus Mikä _____ <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Osteoporoosi <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Migreeni <input type="checkbox"/> Päänsärky <input type="checkbox"/> Kasvain/syöpä <input type="checkbox"/> Reuma <input type="checkbox"/> Allergia <input type="checkbox"/> Kilpirauhasen vajaa- tai liikatoiminta <input type="checkbox"/> Verenvuotosairaus <input type="checkbox"/> Sydämentahdistin tai sydänläppä <input type="checkbox"/> Tekonivel tai metallia kehossa <input type="checkbox"/> Masennus tai mielenterveyden häiriö 	<p>Rastita, mikäli sinulla on</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Huimausta <input type="checkbox"/> Kuumeilua <input type="checkbox"/> Kohonnut verenpaine <input type="checkbox"/> Rintakipua <input type="checkbox"/> Vatsakipua/ruuansulatushäiriöitä <input type="checkbox"/> Pahoinvointia <input type="checkbox"/> Närästystä <input type="checkbox"/> Turvotusta <input type="checkbox"/> Puutumista <input type="checkbox"/> Lihasteikkoutta <input type="checkbox"/> Nivelkipuja <input type="checkbox"/> Yökipua <input type="checkbox"/> Unettomuutta tai muita unihäiriöitä <input type="checkbox"/> Stressiä <input type="checkbox"/> Olen raskaana <input type="checkbox"/> Olen synnyttänyt lapsen/ minulla on lapsia – Lasten iät _____ <input type="checkbox"/> Käytän alkoholia _____annosta/vko <input type="checkbox"/> Tupakoin <input type="checkbox"/> Olen lopettanut tupakoinnin
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tämän hetkinen lääkitys										
Arvioi kipua asteikolla 0-10 (0= ei yhtään kipua, 10= pahin mahdollinen kipua)										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Arvioi yleistä hyvinvointia ja jaksamistasi asteikolla 0-10										
Heikko 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Erinomainen
Ammatti:										
Harrastukset:										

Paikka ja aika:

Allekirjoitus:
