

Fysioterapian esitietolomake

| | |
|--|---------------------|
| 1. Nimi | 2. Henkilötunnus |
| 3. Osoite, postinumero, postitoimipaikka | |
| 4. Puhelinnumero | 5. Sähköpostiosoite |
| 6. Ammatti | |

Montako kertaa viikkoon liikut säännöllisesti? (Laji ja määrä viikoittain)

| |
|--|
| |
| |

Tulosyys fysioterapiaan (Vaiva ja oireet)

| |
|--|
| |
| |

Kipu tällä hetkellä (0 = ei ollenkaan 10 = pahin mahdollinen)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Merkitse kuviin seuraavat kohdat

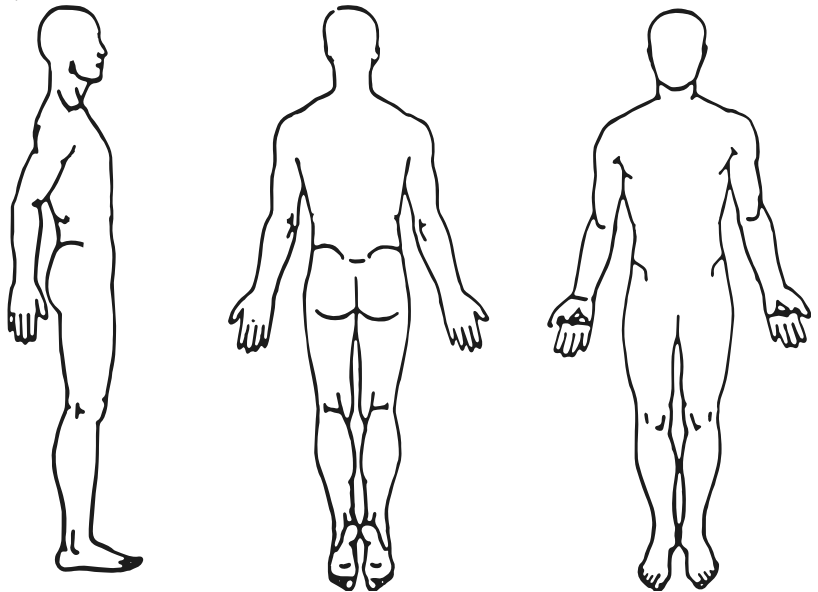
kipu *****
puutumisen /////
pistely ''''''''

Mikä pahentaa?

| |
|--|
| |
| |

Mikä helpottaa?

| |
|--|
| |
| |



Onko sinulla?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> astma / hengenahdistusta | <input type="checkbox"/> ohitusleikkaus | <input type="checkbox"/> syöpä | <input type="checkbox"/> jokin muu, mikä? _____ |
| <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> rytmihäiriöitä | <input type="checkbox"/> MS-tauti | _____ |
| <input type="checkbox"/> sydämen vajaatoiminta | <input type="checkbox"/> sydämen tahdistin | <input type="checkbox"/> Parkinsonin tauti | _____ |
| <input type="checkbox"/> angina pectoris | <input type="checkbox"/> kilpirauhasen toimintahäiriö | <input type="checkbox"/> HIV | _____ |
| <input type="checkbox"/> sydäninfarkti | <input type="checkbox"/> laskimotukos | <input type="checkbox"/> metallia kehossa, missä? _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> korkea verenpaine | <input type="checkbox"/> reuma | <input type="checkbox"/> tekoniveliä, missä? _____ | _____ |

Minulle voi lähettää suoramarkkinointia: Kyllä Ei

Vain maksusitoumusasiakkaat täyttävät. Fysioterapian päätyttyä, luvallani voi laittaa kirjallisen yhteenvedon seuraaville:

- Minulle itselleni
 Maksajatahon nimi ja osoite: _____

Paikka ja päivämäärä

Allekirjoitus