

ESITIEDOT HOITOA VARTEN

Henkilötunnus _____

Nimi _____

Katuosoite _____

Postitoimipaikka _____

Ammatti/Työpaikka _____

Puhelin Koti/Matkapuhelin _____

 Työ _____

Onko teillä sairauksia, joihin tarvitsette lääkehoitoa?

Onko teillä aikaisempia leikkauksia?

Minkä oireen/oireiden vuoksi hakeuduitte hoitoon? Kerro tarkemmin tarvittaessa.

Milloin vaiva alkoi ja miten alkoi?

Millainen kipu on eli kivun luonne?

Suostun potilastietojeni talletukseen fysioterapialaitoksen keskitettyyn rekisteriin. Annan suostumukseni tietojeni luovuttamiseen hoitosuhteen niin edellyttäessä fysioterapialaitoksessa toimivien hoitoni osallistuvien keskitettyyn rekisteriin liittyneiden muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä. HENKILÖTIETOLAIN (523/99) MUKAINEN INFORMOINTI

Haluan, että osoitetietojani voidaan käyttää tämän yrityksen asiakaskirjeessä. KYLLÄ/EI

Paikka ja aika: _____

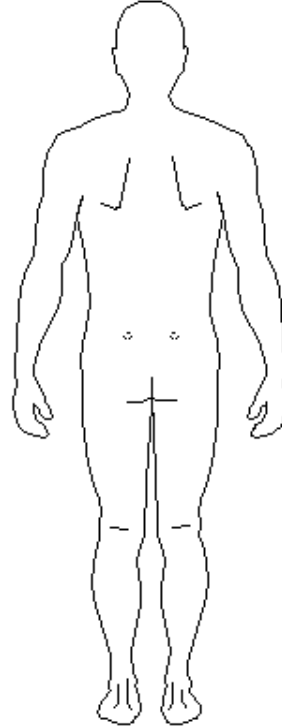
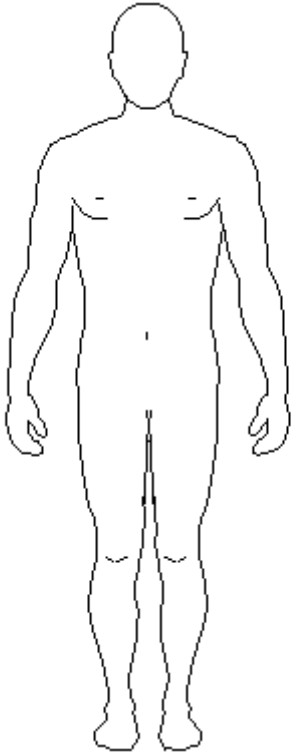
Allekirjoitus: _____

Käännä ja täytä

Piirrä kuvaan alla olevan ohjeen mukaan tämän hetkinen kiputilanne tai puutuminen.

Piirrä kuvaan kipukohdat ... X

Piirrä kuvaan puutumisesta / tunnottomuudesta ... O



Merkitse kipujalalle arvio kivuistasi asteikolla 0 – 10.

Ei kipua

Kovin kipu

0 1 2 3 4 5 7 8 9 10