

Henkilö- ja yhteystiedot

Sukunimi Etunimet

Henkilötunnus

Osoite

Postinumero ja -toimipaikka

Puhelinnumero Sähköposti

Alaikäisen huoltaja

Saako sinulle lähettää tietoa Klaukkalan Fysioterapian ajankohtaisista tapahtumista ja kampanjoista?
 KYLLÄ EI

Hyväksyn henkilötietojeni tallentamisen Klaukkalan fysioterapia Oy:n ja siellä toimivien ammatinharjoittajien potilasrekisteriin, josta tiedot tallentuvat Kanta-arkistoon. Arkiston avulla tiedot ovat käytettävissä terveydenhuollon yksiköissä, jotka tarvitsevat niitä potilaan hoidossa. Voit tarkastella tietojasi Omakanta-järjestelmästä: www.kanta.fi

Tulosy

Minkä takia tulet Fysioterapiaan?

Oire on kestänyt?
 ALLE 1 kk 1-3KK 3-12KK YLI 12kk

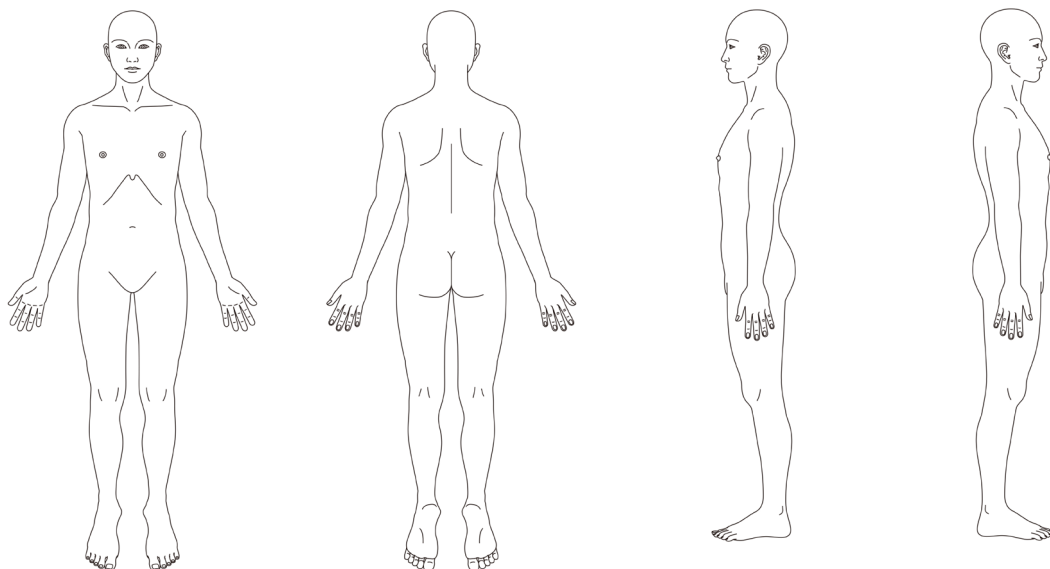
Oletko käynyt vaivan takia muussa hoidossa? Missä?

Oire-alueelle tehty tutkimukset/kuvantamiset (röntgen, magneetti, leikkaukset, tms):

Mikä helpottaa oireita?

Mikä pahentaa oireita?

Merkitse kuvaan oire-alue:



TERVEYDENTILA

RASTITA MIKÄLI SINULLA ON TAI ON OLLUT

- Lääkärin diagnosoimia sairauksia
- Säännöllinen lääkitys
- Suoritettu leikkaus
- Sydän- ja verisuonisairaus
- Hengitystie-elinsairaus
- Diabetes
- Epilepsia
- Osteoporoosi
- Verisuonikalkkeuma
- Migreeni/Päänsärkyä
- Kasvain/syöpä
- Reuma
- Allergia
- Kilpirauhasen vajaa- tai liikatoiminta
- Verenvuotosairaus
- Sydämentahdistin tai sydänläppä
- Tekonivel tai metallia kehossa
- Masennus tai mielenterveyden häiriö

RASTITA MIKÄLI SINULLA ON

- Huimausta
- Kuumeilua
- Kohonnut verenpaine
- Rintakipua
- Vatsakipua
- Ruuansulatushäiriöitä
- Pahoinvointia
- Närästystä
- Turvotusta
- Puutumista
- Lihasheikkoutta
- Nivelkipuja
- Yökipua
- Unettomuutta tai muita unihäiriöitä
- Stressiä

- Tupakoin
- Olen lopettanut tupakoinnin
- Käytän alkoholia _____ Annosta/vko
- Olen raskaana
- Olen synnyttänyt, lapsen/lasten iät _____

Oletko koskaan ollut onnettomuudessa tai tapaturmassa?

Oletko ollut leikkauksessa?

Lääkitys tällä hetkellä:

Arvioi yleistä hyvinvointiasi ja jaksamistasi tällä hetkellä:

Heikko 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Erinomainen

Ympyröi asteikolla 1-10 numero joka vastaa parhaiten tällä hetkellä tuntemaasi kipua (1, ei kipua, 10 pahin mahdollinen kipua)

Ei kipua									Pahin mahdollinen kipua	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Ammatti/työpaikka:

Harrastukset:

Mitä odotat fysioterapialta?

Paikka ja aika

Allekirjoitus

Maksaja

- Maksan itse
- Työnantaja
- Maksusitoumus