

Tämä haastattelulomake auttaa hoitosuunnitelmasi laadinnassa. Vastauksesi käsitellään luottamuksellisesti. Ole ystävällinen ja merkitse rasti ruutuun tai anna lyhyt kirjallinen vastaus. Jos jokin kohdista jää epäselväksi, voit täyttää sen hoitajasi kanssa.

HENKILÖTIEDOT

Nimi:	Syntymäaika:
Katuosoite:	
Postinumero:	Postitoimipaikka:
Puhelinnumero:	Sähköposti:

YLEINEN TERVEYDENTILA

	Kyllä	Ei	En tiedä
1. Onko yleisterveytesi tällähetkellä hyvä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Käytätkö säännöllisesti tai usein jotain lääkettä? <i>Jos käytät, kerro tarkemmin mitä</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
3. Onko sinulla jokin seuraavista sairauksista tai oireista?	Kyllä	Ei	En tiedä
Sydän- tai verisuonisairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sydämen rytmihäiriöitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sydämen tahdistin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korkea tai matala verenpaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stressi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hengityselinsairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reuma / Fibromyalgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporoosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migreeni / toistuva päänsärky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muu yleinen sairaus, mikä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
4. Minkälaista liikuntaa harrastat tällä hetkellä?			
<hr/> <hr/> <hr/>			

Primitive skills Oy

Postiosoite: Merivirta 7, 02320 Espoo
 Y-tunnus: 2800088-9
 Sähköposti: info@primitiveskills.fi

TUKI- JA LIIKUNTAELINONGELMAT

1. Onko sinulla jokin tai jotkut seuraavista oireista?

- Toistuva aamupäänsärky
 Huimausta
 Näköoireita
 Korvien suhinaa tai vinkumista
 Rahinaa tai naksumista leukanivelissä
 Narskutteletteko hampaitanne
 Yläraajojen puutumista tai voimattomuutta
 Kömpelyyttä käsissä
 Kipua hengittäessä
 Selän aamujäykkyyttä
 Selän väsymistä
 Unettomuutta
 Alaraajojen puutumista tai voimattomuutta

Kyllä

Ei

En tiedä

2. Onko sinulla vanhoja loukkaantumisia tai vammoja tai muuta huomioitavaa?

KIPUKARTTA

1. Kipupiirros

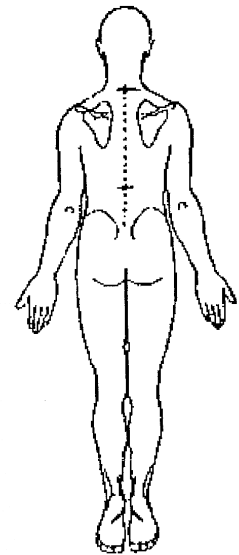
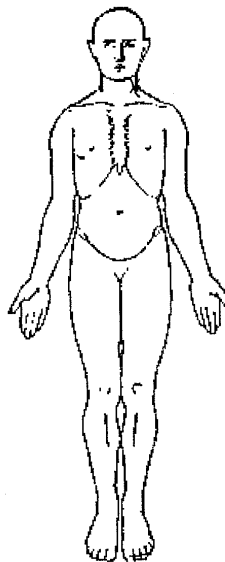
Merkitse piirroksen koko kipeä alue ja paikat, missä on ollut kipua viimeksi kuluneen viikon aikana. Käytä seuraavia merkkejä:

- särky jomotus xxxx
 säteilykipu →
 pistävä vihlova kipu
 puutuneisuus, turtumus /////
 väsymyksen, jäykkyyden tunne OOOO

2. Kipujana

Merkitse kivun voimakkuus edeltävän seitsemän vuorokauden ajalta rastilla janalle:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



ALLEKIRJOITUS

Paikka ja päivämäärä: _____

Allekirjoitus: _____

Primitive skills Oy

Postiosoite: Merivirta 7, 02320 Espoo

Y-tunnus: 2800088-9

Sähköposti: info@primitiveskills.fi