

Tämä haastattelulomake auttaa hoitosuunnitelmasi laadinnassa. Koulutettu hieroja, osteopaatti ja fysioterapeutti ovat terveydenhuollon ammattilaisia ja kaikki vastauksesi käsitellään luottamuksellisesti. Tiedot tallennetaan sähköiseen potilastietojärjestelmään.

HENKILÖTIEDOT	
Nimi:	Henkilötunnus:
Katuosoite:	
Postinumero:	Postitoimipaikka:
Puhelinnumero:	Sähköposti:
Alaikäisen huoltajan yhteystiedot:	

YLEINEN TERVEYDENTILA JA TULE-VAIVAT				
1. Onko yleisterveytesi tällä hetkellä hyvä?		<input type="radio"/> Kyllä <input type="radio"/> Ei		
2. Oletko aikaisemmin käynyt hieronnassa/osteopatiassa/fysioterapiassa?		<input type="radio"/> Kyllä <input type="radio"/> Ei		
3. Hoitoon tulon syy:				
4. Minkälaista työtä teet?				
5. Onko sinulla diagnosoitu jokin seuraavista sairauksista?	Kyllä	Ei		Kyllä Ei
Sydän- tai verisuonisairaus, mikä?	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> Ei	Diabetes	<input type="radio"/> Kyllä <input type="radio"/> Ei
Sydämen rytmihäiriöitä	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> Ei	Stressi	<input type="radio"/> Kyllä <input type="radio"/> Ei
Sydämentahdistin	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> Ei	Epilepsia	<input type="radio"/> Kyllä <input type="radio"/> Ei
Korkea tai matala verenpaine, kumpi?	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> Ei	Reuma / Fibromyalgia	<input type="radio"/> Kyllä <input type="radio"/> Ei
Hengityselinsairaus, mikä?	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> Ei	Osteoporoosi	<input type="radio"/> Kyllä <input type="radio"/> Ei
Ihosairaus, mikä?	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> Ei	Migreeni / toistuva päänsärky	<input type="radio"/> Kyllä <input type="radio"/> Ei
Muu yleinen sairaus, mikä? _____			HIV	<input type="radio"/> Kyllä <input type="radio"/> Ei
6. Onko sinulla jokin seuraavista oireista tai tuntemuksista?	Kyllä	Ei		Kyllä Ei
Toistuva aamupäänsärky	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> Ei	Kipua hengittäessä	<input type="radio"/> Kyllä <input type="radio"/> Ei
Korvien suhinaa tai vinkumista	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> Ei	Selän aamujäykkyyttä	<input type="radio"/> Kyllä <input type="radio"/> Ei
Rahinaa tai naksumista leukanivelissä	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> Ei	Selän väsymistä	<input type="radio"/> Kyllä <input type="radio"/> Ei
Hampaiden narskuttelua tai jännityspurentaa	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> Ei	Unettomuutta	<input type="radio"/> Kyllä <input type="radio"/> Ei
Yläraajojen puutumista tai voimattomuutta	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> Ei	Näköoireita	<input type="radio"/> Kyllä <input type="radio"/> Ei
Alaraajojen puutumista tai voimattomuutta	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> Ei	Huimausta	<input type="radio"/> Kyllä <input type="radio"/> Ei
7. Onko sinulla vanhoja loukkaantumisia tai vammoja tai jotain muuta, mitä haluaisit hoitajan tietävän?				

8. Mistä kuulit meistä? <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Ystävä/perhejäsen <input type="checkbox"/> IG <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Muu, mikä? _____				

PRIMITIVE SKILLS

KIPUKARTTA

1. Kipupiirros

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

Särky ja jomotus

Säteilykipu

Väsyyksen, jäykkyyden tunne

xxxx

→ → →

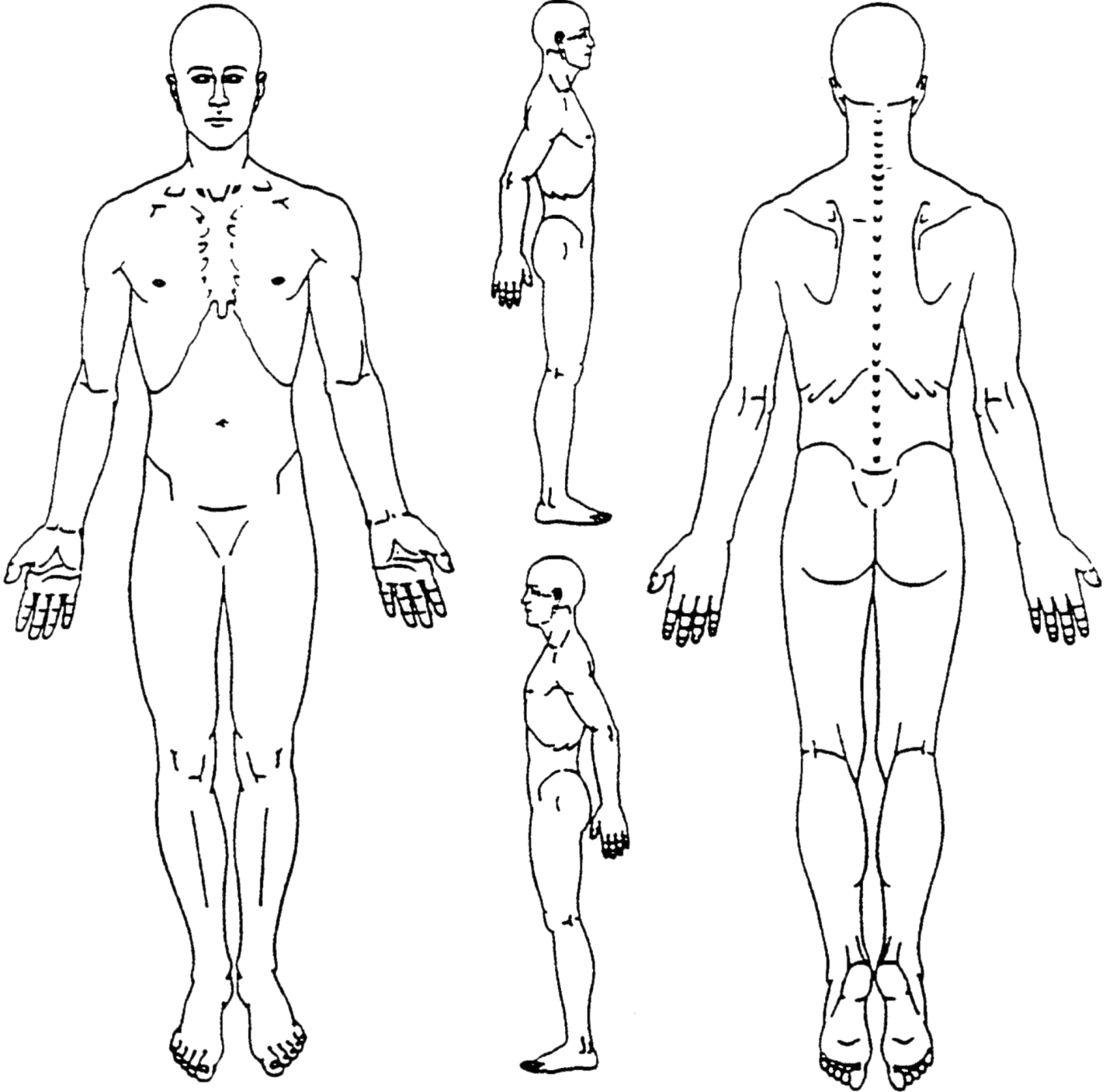
oooo

Pistävä, vihlova kipu

Puutuneisuus, turtumus

^^^

////



ALLEKIRJOITUS

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi.

Paikka ja päivämäärä _____

Allekirjoitus ja nimenselvennys _____