

ESITIETOLOMAKE

Vastaukset ovat luottamuksellisia ja tärkeitä hoitonne suunnittelua varten.

Nimi: _____

Henkilöturvatus: _____

Työpaikka/Ammatti: _____

Katuosoite: _____

Postinumero ja -osoite: _____

Puhelin: _____

Sähköposti: _____

YLEISTERVEYS

Onko yleisterveytesi tällä hetkellä hyvä? Kyllä () En tiedä () Ei ()

Käytätkö säännöllisesti lääkkeitä? Kyllä () En ()

Mitä lääkkeitä käytät?

Onko sinulla sairaus sydämessä, verenkiertoelimissä, keuhkoissa, sisäelimissä tai muualla elimistössä? Kyllä () Ei ()

Jos on, niin mikä/mitkä?

TUKI- JA LIIKUNTAELINONGELMAT

Onko sinulla seuraavia oireita:

Päänsärkyä Usein () Ajoittain () Joskus () Ei koskaan ()

Näköoireita Usein () Ajoittain () Joskus () Ei koskaan ()

Huimausta Usein () Ajoittain () Joskus () Ei koskaan ()

Käsien puutumista/voimattomuutta

Usein () Ajoittain () Joskus () Ei koskaan ()



Selän aamujäykkyyttä Usein () Ajoittain () Joskus () Ei koskaan ()

Selän väsymistä Usein () Ajoittain () Joskus () Ei koskaan ()

Jalkojen puutumista/voimattomuutta

Usein () Ajoittain () Joskus () Ei koskaan ()

Häiritsevätkö kivut/oireet unta

Usein () Ajoittain () Joskus () Ei koskaan ()

Narskutatko hampaitasi

Kyllä () Joskus () En tiedä () En ()

Määrittele kivun tunne asteikolla 0-10? (0 = ei kipua, 10 = sietämätön kipu) _____

Mikä osa kehostasi on kipeä? _____

Oletko ollut onnettomuudessa lähiaikoina? _____

Minkä alueen kehostasi loukkasit? _____

Oletko ollut lääkärin hoidossa lähiaikoina? _____

Miksi? _____

Oletko aiemmin käynyt hierojalla/fysioterapeutilla? Jos olet, koska viimeksi?

Muuta, mitä mielestäsi pitäisi ottaa huomioon hoidossasi?

Nurmo ___/___ 20___

Asiakkaan allekirjoitus

Nurmon Hieronta ja Hyvinvointi

Marjo Hanhikoski

Puh: 040 327 9381

Email: nurmonhieronta@netikka.fi