

**Esitiedot hoitoa varten**, vastaukset ovat luottamuksellisia ja tärkeitä hoitonne suunnittelua varten

Nimi: \_\_\_\_\_ Syntymäaika: \_\_\_\_\_

Kotiosoite: \_\_\_\_\_

Puhelin: \_\_\_\_\_ Ammatti: \_\_\_\_\_

Sähköposti: \_\_\_\_\_

Harrastukset: \_\_\_\_\_

### *Yleisterveys*

Onko yleisterveytesi tällä hetkellä hyvä? \_\_\_\_\_

Käytätkö säännöllisesti tai usein jotain lääkkeitä? \_\_\_\_\_

Mitä lääkkeitä: \_\_\_\_\_

Onko sinulla jokin sairaus sydämessä, verenkiertoelimissä, keuhkoissa, sisäelimissä tai muualla elimistössä?

Jos on, niin mikä? \_\_\_\_\_

Tuki- ja liikuntaelinongelmat \_\_\_\_\_

Onko sinulla seuraavia oireita (ympyröi kyllä tai ei, tai rastita siltä väliltä, jos satunnaisesti):

Päänsärkyä K.....E

Huimausta K.....E

Narskutatko hampaitasi K.....E

Yläraajojen puutumista tai voimattomuutta K.....E

Selän aamujäykkyyttä K.....E

Selän väsymistä K.....E

Alaraajojen puutumista tai voimattomuutta K.....E

Häiritseekö kivut/oireet yöunta K.....E

Oletko joutunut tapaturmaan (Lähiaikoina) K.....E

Minkä alueen kehostasi loukkasit \_\_\_\_\_

Jotain muuta mielestäsi hoidossa huomioitavaa? \_\_\_\_\_