

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus	
Katuosoite	Postinumero ja -toimipaikka	
Puhelin koti	Puhelin työ	Sähköpostiosoite
Ammatti		
Työnantaja		
Laskutusosoite	Postinumero ja -toimipaikka	
Mikä on fysioterapiaan hakeutumisesi pääasiallinen syy?		

A) toimintakyvyn muutokset

Kuvaile tämän hetkistä toimintakyväsi

B) jokin erityinen vaiva/oire

Miten vaiva alkoi?

Missä vaivaa nyt on?

Mikä lisää/ pahentaa vaivaa?

Mikä helpottaa vaivaa?

Miten nukut yösi?

Onko sinulla jokin seuraavista sairauksista?

- sydän- ja verisuonisairaus
- kohonnut verenpaine
- sokeritauti
- tarttuva veritauti
- Muuta (murtuma tms.) _____
- Käytätkö jotain lääkitystä?
Jos kyllä, niin lääkkeen nimi _____
- onko sinulla allergiaa tai yliherkkyyttä?
Jos kyllä, niin mille tai mitä? _____

KYLLÄ	EI
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- oletko ollut tapaturmassa?
- oletko raskaana tai imetätkö?
- onko sinua leikattu,?
- syöpä, pahanlaatuinen kasvain

KYLLÄ	EI
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Merkitse kuvaan oireilevat alueet, joissa on ollut kipua viimeisten 7 vrk aikana.

Oireet:

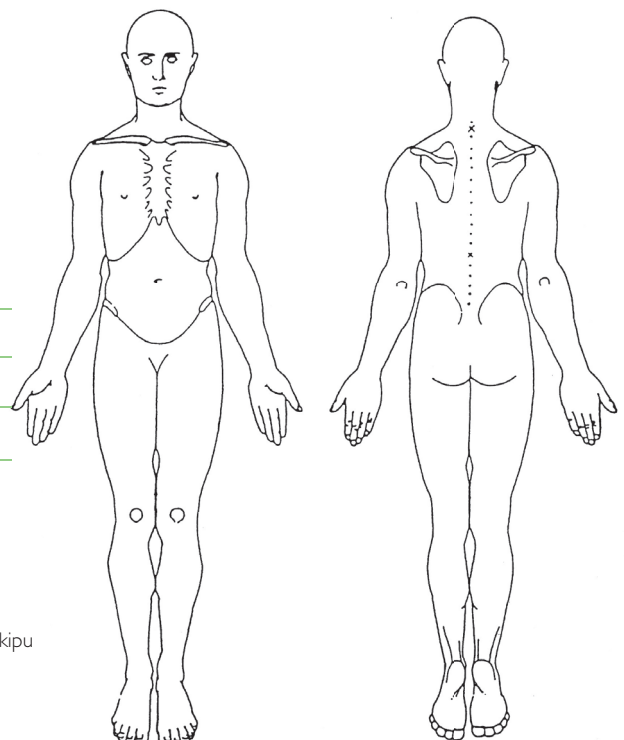
Kipuasteikko

Ympyröi numero, joka parhaiten kuvaa kivun tämän hetkistä voimaa.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

| | | | | | | | | | |

ei kipua | sietämätön kipu



SUOSTUMUS POTILASTIETOJEN EDELLEEN LUOVUTUKSEEN

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/192) 13. §:n mukaan potilastietojen kirjaamiseen ja luovuttamiseen tarvitaan potilaan suostumus. Potilas voi koska tahansa peruuttaa suostumuksensa tietojen luovuttamiseen.

Arvoisa kuntoutuja, pyydämme kirjallista suostumustanne

1. kirjataksemme sinut Premiuksen sähköiseen asiakasrekisteri- ja ajanvarausjärjestelmäämme
2. yhteydenottoon kuntoutukseenne liittyvissä asioissa sekä fysioterapiajakson lopussa annettavaan hoitopalautteeseen.

Rastita sopiva vaihtoehto haluamaasi yhteydenottoon:

- hoitava lääkäri
- työterveyshuolto
- työnantaja (nimi saa näkyä laskussa)
- omaiset
- KELA
- kuntoutusohjaaja / -sihteeri
- jokin muu, mikä?

Paikka, päiväys ja allekirjoitus

_____ / _____ 20 _____

Nimenselvennys:



premius

KUNTOUTUS- JA KOULUTUSKLINIKKA

NEUROTERAPIA P&P

Ellintie 4 • 36200 Kangasala

Tampellan esplanadi 2 • 33100 Tampere

Puh. (03) 214 6600

Toimisto MA-PE 8.30 – 16.00

Fysioterapia MA-PE 8.00 – 20.00