

# ESITIETOLOMAKE



## KAAKON KUNTOHOITO OY

www.kaakonkuntohoito.fi

pvm \_\_\_\_\_

Nimi \_\_\_\_\_ Henkilötunnus \_\_\_\_\_  
Lähiosoite \_\_\_\_\_ Puhelinnumero \_\_\_\_\_  
Postinumero \_\_\_\_\_ Ammatti \_\_\_\_\_  
Postitoimipaikka \_\_\_\_\_

Minkä oireen/ ongelman takia tulette fysioterapiaan?

Kuinka kauan oireita/ ongelmia on ollut?

Vaiva/ oire alkoi  Pikkuhiljaa  Yht'äkkiä  Vamman yhteydessä  
Vaiva/ oire alkoi  Pysynyt samana  On nyt parempi  Pahenee yhä  
Vaiva/ oire alkoi  Aamulla  Päivällä  Illalla  Yöllä  Ajoittain

Kuinka kova kipunne on asteikolla 0-10?

**Hoitojakson alussa** Ei kipua \_\_\_\_\_ Sietämätön  
0 10  
**Hoitojakson lopussa** Ei kipua \_\_\_\_\_ Sietämätön  
0 10

### KIPUPIIRROS

Piirrä vieressä olevaan kuvaan alueet, joissa on kipua/ vaivaa.

Kipu xxx

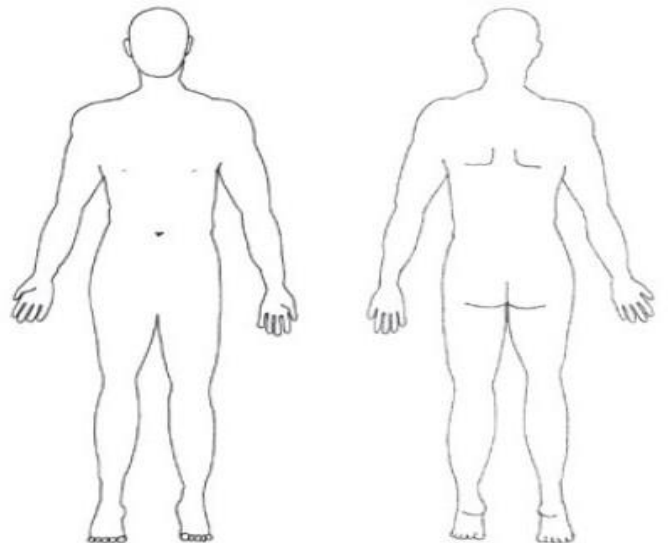
Puutuminen

Käytättekö lääkkeitä? En

Kyllä

Tupakoitteko? En

Kyllä



**Käännä**

Kuinka usein harrastat liikuntaa?

- Satunnaisesti       Kerran viikossa       2-3 kertaa viikossa       Useammin

Onko sinulla jokin seuraavista?

- Verenpaine       Reuma       Kasvain       Sydänsairaus  
 Tartuntatauti       Raskaus       Masennus       Kuumeilu  
 Hengityselinsairaus       Stressi  
 Muu sairaus, mikä \_\_\_\_\_

Onko vaiva-aiheestanne otettu rtg- tai muu kuva?  Kyllä     Ei

Oletteko tällä hetkellä muussa hoidossa?       Kyllä     Ei

Hoidon tavoite:

---

Hoidon tavoitteen toteutuminen:

---

Hoito tulee peruuttaa hoitoa edeltävänä päivänä klo 12.00 mennessä. Peruuttamattoman tai myöhässä perutun hoidon korvaus 40 €.

Allekirjoitus

---