

Nimi:	Henkilötunnus:
Osoite:	
Sähköposti:	
Ammatti:	Puhelin:
Harrastukset:	
Hoitoon tulon syy:	

Jos sinulla on kipuja, kuvaa niiden voimakkuus rastilla (X) kipujanalle.

Ei kipua |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sietämätön kipu  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Onko sinulla jotain seuraavista sairauksista/oireista?

	Kyllä	Ei		Kyllä	Ei
Huimaus			Sydän- ja/tai verisuonisairaus		
Diabetes			Verenpaine		
Astma			Epilepsia		
Osteoporoosi			Ihosairauksia		
Allergia			Reuma		
Syöpä			Migreeni		
Nivelvamma			Verenvuototauti		
HIV/AIDS			Laskimotukos		

Muu sairaus, joka on otettava huomioon hoidossa?

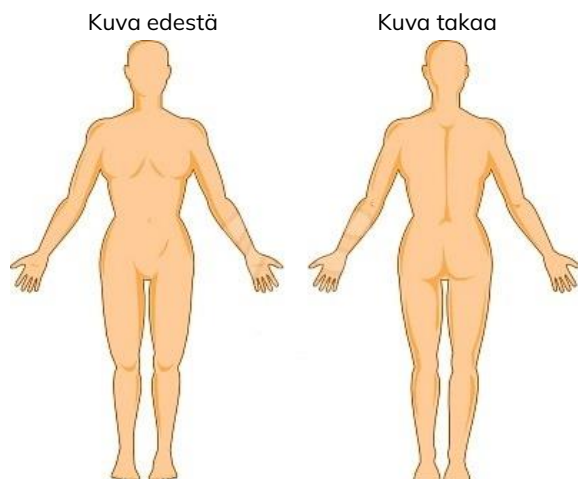
---

Onko ollut leikkauksia viimeisen vuoden aikana? \_\_\_\_\_

Käytätkö kipulääkkeitä tai verenohennuslääkkeitä?

---

Merkitse kuviin oireen sijainti:



Minulle saa laittaa markkinointiviestejä

Vakuutan antamani tiedot oikeaksi:

---

---

Allekirjoitus ja päivämäärä