

Nimi _____ sotu _____

Osoite _____

Postinro _____ Paikkakunta _____

Ammatti _____

Puh koti _____ / työ _____

Sähköposti _____ En halua postia Mediterapiasta

Onko terveytenne tällä hetkellä hyvä Kyllä Ei En tiedä

Käytättekö säännöllisesti tai usein lääkkeitä Kyllä Ei En tiedä

Mitä lääkettä? _____

Oletteko raskaana Kyllä Ei En tiedä

Oletteko saanut sädehoitoa Kyllä Ei En tiedä

Onko teillä jokin seuraavista sairauksista tai oireista

Sydän- tai verisuonisairaus Kyllä Ei En tiedä

Sydämen tahdistin Kyllä Ei En tiedä

Kohonnut verenpaine Kyllä Ei En tiedä

Veritauti, anemia Kyllä Ei En tiedä

Taipumus verenvuotoon Kyllä Ei En tiedä

Diabetes Kyllä Ei En tiedä

Astma Kyllä Ei En tiedä

Keuhkosairaus Kyllä Ei En tiedä

Reuma Kyllä Ei En tiedä

Mahahaava Kyllä Ei En tiedä

Munuaissairaus Kyllä Ei En tiedä

Maksasairaus Kyllä Ei En tiedä

AIDS Kyllä Ei En tiedä

Epilepsia Kyllä Ei En tiedä

Toistuva päänsärky Kyllä Ei En tiedä

Migreeni Kyllä Ei En tiedä

Sydämen rytmihäiriöitä Kyllä Ei En tiedä

Selän mutkaisuus (skolioosi) Kyllä Ei En tiedä

Osteoporoosi (luukato) Kyllä Ei En tiedä

Toistuva aamupäänsärky Kyllä Ei En tiedä

Kaatumista ilman tajunnan menetystä Kyllä Ei En tiedä

Huimausta Kyllä Ei En tiedä

Näköoireita Kyllä Ei En tiedä

Korvien suhinaa tai vinkumista Kyllä Ei En tiedä

Rahinaa tai naksumista leukanivelissä Kyllä Ei En tiedä

Narskuttelettko hampaita Kyllä Ei En tiedä

Yläraajojen puutumista tai voimattomuutta Kyllä Ei En tiedä

Kömpelyyttä käsissä Kyllä Ei En tiedä

Kipua hengitettäessä Kyllä Ei En tiedä

Selän aamujäykkyyttä Kyllä Ei En tiedä

Selän väsymistä Kyllä Ei En tiedä

Unettomuutta Kyllä Ei En tiedä

Alaraajojen puutumista tai voimattomuutta Kyllä Ei En tiedä

Virtsan pidätysvaikeuksia Kyllä Ei En tiedä

Ulosteen pidätysvaikeuksia Kyllä Ei En tiedä

Tunnottomuutta sukuelinten alueella Kyllä Ei En tiedä

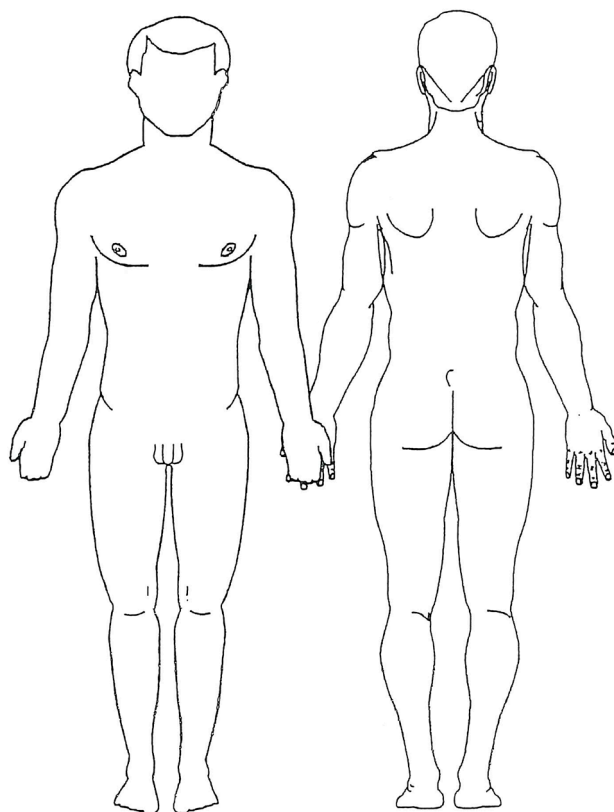
Kipupiirros

Tulostettuasi merkitse kynällä kohdat, joissa tunnet kipua.

X = pistävä, vihlova

O = särky, jomotus

P = puutuminen



Oletteko joutuneet tapaturmaan

Kyllä Ei

Minkä alueen kehosta loukkasitte?

Muu yleissairaus, mikä?

Muuta huomioitavaa, mitä?

Kivun määrä hoidon alussa. Arvioi kivun määrä viimeisen vuorokauden aikana.

Ei kipua

Kovin mahdollinen kipu
(Pidät kättä liekissä)

Olen itsemaksava

Minulla on maksusitoumus

Suostumus potilastietojen käytöstä

- Olen tutustunut alla oleviin tietoihin sekä tarkistanut edellisellä sivulla olevat perustiedot.
- Haluan, että potilastietoni tallennetaan Oulun Mediterapia Oy:n keskitettyyn rekisteriin. Annan suostumukseni tietojen luovuttamiseen hoitosuhteen niin edellyttäessä Oulun Mediterapia Oy:ssa toimivien hoitooni osallistuvien keskitettyyn rekisteriin liittyneiden muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä.
- Annan luvan siihen, että minua hoitanut terapeutti antaa palautteen hoidostani lähetteen antaneelle taholle.

Oulussa ____ / ____ 201__

Allekirjoitus: _____

HENKILÖTIETOLAIN (523/99) MUKAINEN INFORMOINTI

Potilastietosi tallennetaan keskitettyyn rekisteriin, jota pitävät suostumuksesi perusteella fysioterapialaitos ja siellä keskitettyyn rekisteriin liittyneet työntekijät yleisesti. Potilastietosi ovat salassapidettäviä. Hoitosuhteeseesi liittyen niitä voidaan suostumuksesi perusteella käyttää fysioterapialaitoksessa. Muille niitä luovutetaan vain lakiin perustuen tai luvallasi.

Sinulla on mahdollisuus tarkistaa rekisteriimme tallennetut Sinua koskevat tiedot henkilökohtaisen käynnin yhteydessä tai kirjallisella pyynnöllä. Samoin Sinulla on oikeus vaatia korjattavaksi rekisterissämme oleva virheellinen tieto tai peruuttaa antamasi suostumus tietojesi luovuttamiseen tai rajata sitä.