

KehoKondis

ESITIELOMAKE HIERONTA

Nimi: _____ Syntymäaika/sotu: _____
Osoite: _____ Postinumero: _____
Paikkakunta: _____ Puhelin: _____
S-posti: _____ Ammatti: _____
Harrastukset: _____

Onko Sinulla jokin seuraavista sairauksista:

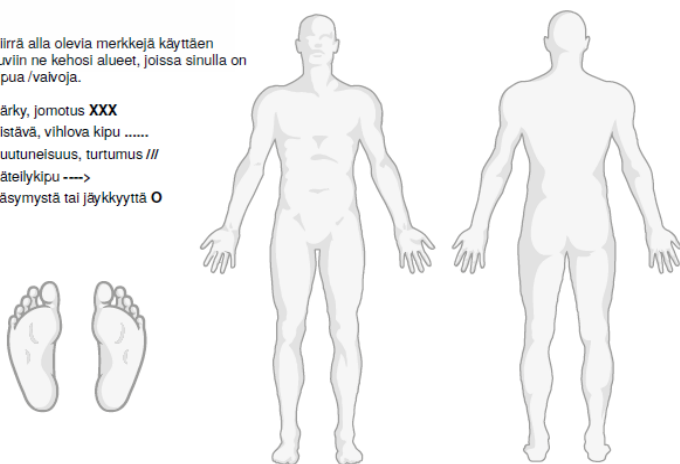
Sydän- ja verenkiertoelinsairaus	Verenvuoto / Verenhyytymissairaus
Veritulppa	Epilepsia
Keuhkosairaus	Ihosairaus
Sokeritauti/diabetes	Aivoverenkiertosairaus
Masennus	Astma
Syöpä	Aids/Hiv
Osteoporoosi	Hepatiitti
Verenpaine	Muu, mikä? _____

Onko Sinulla jokin tuki- ja liikuntaelin sairaus / ongelma:

Tekonivel	Päänsärky
Huimaus	Niskan/selän jäykkyys / väsyminen
Näkö-oire	Korvaongelma
Yöllistä hampaiden narskutusta	Puutumista / Voimattomuutta
Hengityskipu	Muu, mikä: _____
Ongelma häiritsee unta	
Oletko raskaana: Kyllä Ei	
Allergiat: _____	
Lääkitys: _____	

Piirrä alla olevia merkkejä käyttäen
kuviin ne kehoosi alueet, joissa sinulla on
kipua /vaivoja.

Särky, jomotus **XXX**
Pistävä, vihlava kipu
Puutuneisuus, turtumus **///**
Säteililykipu ---->
Väsymystä tai jäykkyyttä **O**



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

EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen (GDPR) mukainen informointi:

Antamianne henkilötietoja käsitellään ainoastaan hoitosuhteeseen liittyviin tarkoituksiin nimenomaisella suostumuksellanne. Tiedot tallennetaan manuaalisesti KehoKondiksen omaan arkistoon. Tietojasi käsittelee vain Sinua hoitanut ammatinharjoittaja, jota sitoo lakisääteinen salassapitovelvollisuus. Sinulla on oikeus nähdä Sinua koskevat tallennetut tiedot sekä pyytää tietojen muuttamista tai poistoa rekisteristä.

☐ Annan nimenomaisen suostumukseni, että henkilötietoni tallennetaan manuaaliseen rekisteriin, joihin on vain pääsy ainoastaan minua hoitavalla ammatinharjoittajalla.

Pvm _____ Asiakkaan allekirjoitus: _____