

HAKEMUS KIROPRAKTISEEN HOITOON

Sukunimi	Etunimet	Syntymäaika
Osoite		
Ammatti	Puhelin (GSM/koti/työ)	Sähköposti
<input type="checkbox"/> avio-/avoliitto <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> eronnut <input type="checkbox"/> naimaton	Puolison nimi	Lapset; nimi ja ikä
Miten kuulit vastaanotostamme		

minua kiinnostaa vain oireen lievitys(mikä/mitkä oireet?)

minua kiinnostaa lisäksi vastustuskyvyn lisääminen sekä korjaava ja ylläpitävä hoito, jotta pysyisin kunnossa tulevaisuudessakin

haluaisin varata tutkimusajan myös muille perheeni jäsenille

Milloin ja miten vaiva alkoi?

Johtuuko vaiva?

tapaturmasta ylläsuruksesta passiivisuudesta stressistä huonosta ergonomiasta

Kuvaile vaivaa

särky polte pistely terävä vihlonta

tunnottomuus jomotus

Tunnetko vaivan säteilevän muualle?

ei kyllä. Mihin?

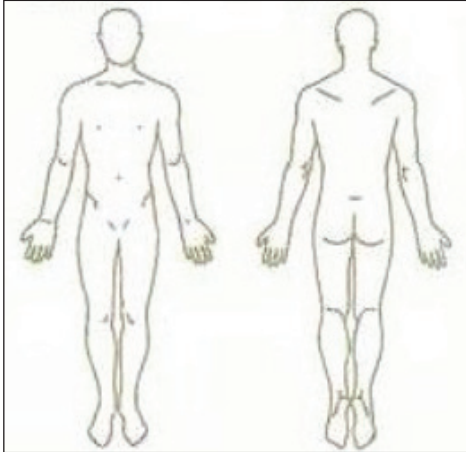
Tunnetko vaivasi

jatkuvasti (75–100%) usein (50–75%) ajoittain (25–50%) harvoin (0–25%)

Onko vaivasi

paranemaan päin pahenemaan päin pysynyt samana vaihtelevaa



Mikä tekee olosi paremmaksi?	Mikä tekee olosi huonommaksi?		
Kuinka vakava vaiva mielestäsi on? (ympyröi)			
<p style="text-align: center;"> Ei vaivaa 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen </p>			
Paljonko vaivasi haittaa:			
Arkea	<input type="checkbox"/> ei lainkaan <input type="checkbox"/> vähän <input type="checkbox"/> kohtalaisesti <input type="checkbox"/> paljon		
Työtä	<input type="checkbox"/> ei lainkaan <input type="checkbox"/> vähän <input type="checkbox"/> kohtalaisesti <input type="checkbox"/> paljon		
Unta	<input type="checkbox"/> ei lainkaan <input type="checkbox"/> vähän <input type="checkbox"/> kohtalaisesti <input type="checkbox"/> paljon		
Vapaa-aikaa	<input type="checkbox"/> ei lainkaan <input type="checkbox"/> vähän <input type="checkbox"/> kohtalaisesti <input type="checkbox"/> paljon		
Missä tunnet vaivasi? (väritä viereiseen kuvaan)			
			
Onko vaivaasi hoidettu aikaisemmin?			
<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä. Miten?			
Oletko käynyt aikaisemmin kiropraktikolla?			
<input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä. Milloin?			
Aikaisemmat leikkaukset sekä sairaalahoidot vuosilukuineen?			
Aikaisemmat merkittävät tapaturmat sekä kolarit vuosilukuineen?			
Rastita mikäli joku seuraavista koskee sinua:			
<input type="checkbox"/> tulehdus/kipulääke	<input type="checkbox"/> lihasrelaksantti	<input type="checkbox"/> rauhoittava	<input type="checkbox"/> masennuslääke
<input type="checkbox"/> ehkäisytabletti	<input type="checkbox"/> verenpainelääke	<input type="checkbox"/> veren ohennuslääke	<input type="checkbox"/> hormonikorvauslääke
<input type="checkbox"/> thyroksiini	<input type="checkbox"/> kortisoni	<input type="checkbox"/> joku muu, mikä?	
<input type="checkbox"/> vitamiinit, hivenaineet & lisäravinteet:			



Terveydentilan kokonaiskuva

Rastita, mikäli joku seuraavista koskee sinua:

- | | | |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> niskakipu | <input type="checkbox"/> keskiselkäkipu | <input type="checkbox"/> alaselkäkipu |
| <input type="checkbox"/> päänsärky | <input type="checkbox"/> astma | <input type="checkbox"/> alaraajan puutuminen |
| <input type="checkbox"/> leukakipu | <input type="checkbox"/> kivulias hengitys | <input type="checkbox"/> virtsaamisvaiva |
| <input type="checkbox"/> kuulohäiriö/huimaus | <input type="checkbox"/> pahoinvointi | <input type="checkbox"/> alaraajan lihaskramppi |
| <input type="checkbox"/> kilpirauhasvaiva | <input type="checkbox"/> närästys/refluksi | <input type="checkbox"/> alaraajan trauma |
| <input type="checkbox"/> kohonnut verenpaine | <input type="checkbox"/> ärtyneisyys/väsymys | <input type="checkbox"/> alaraajan kipu |
| <input type="checkbox"/> yläraajan puutuminen | <input type="checkbox"/> nälkäisenä | <input type="checkbox"/> alaraajan kylmyys |
| <input type="checkbox"/> olkapään/yläraajan kipu | <input type="checkbox"/> toistuva hengitystietulehdus | <input type="checkbox"/> toistuva virtsatietulehdus |
| <input type="checkbox"/> toistuva flunssa | <input type="checkbox"/> hengenahdistus | <input type="checkbox"/> epäsäännölliset kuukautiset |
| <input type="checkbox"/> allergia/heinänuha | <input type="checkbox"/> sydänsairaus | <input type="checkbox"/> alaraajan pistely |
| <input type="checkbox"/> yläraajan pistely | <input type="checkbox"/> rintakehän kipu | <input type="checkbox"/> alaraajan heikkous |
| <input type="checkbox"/> yläraajan heikkous | <input type="checkbox"/> alhainen sokeritaso | <input type="checkbox"/> ummetus/ripuli |
| <input type="checkbox"/> näköhäiriö | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> iskias |
| <input type="checkbox"/> uupumus/masennus | <input type="checkbox"/> vatsahaava/vatsakipu | |

KIITOS VASTAUKSISTASI!

Vahvistan, että antamani tiedot ovat oikein.

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Päiväys



Harri Mäki-Pesola
PERHEKIROPRATIKKO