

## Esitiedot fysioterapiaa varten

Tämän lomakkeen tarkoituksena on tukea fysioterapian hoitosuunnitelmasi laadintaa ja toteutusta. Vastauksesi käsitellään luottamuksellisesti.

Sukunimi \_\_\_\_\_ Etunimi \_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Täyttöpvm: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ 20\_\_

Kotikunta/ osoite \_\_\_\_\_

Puhelin (koti) \_\_\_\_\_ Puhelin (työ) \_\_\_\_\_

## YLEINEN TERVEYDENTILA

Pituus \_\_\_\_\_ cm Paino \_\_\_\_\_ kg

Sairaudet, leikkaukset ja vammat

---

---

---

---

Lääkitykset (nimi ja annos) \_\_\_\_\_

---

Tupakointi ei / kyllä, keskimäärin \_\_\_\_\_ savuketta/ päivä

Alkoholin käyttö ei / kyllä, keskimäärin \_\_\_\_\_ pñä/ vko, \_\_\_\_\_ annosta/ käyttökerta (Yksi annos vastaa yhtä ns. ravintola-annosta = pullo keskiolutta, 12 cl mietoa viiniä tai 4cl väkeviä).

Kuinka liikutat kehoasi arjessa tällä hetkellä (työssä/ vapaalla)?

---

---

---

Kuvaile omin sanoin tämänhetkistä vaivaasi:

---

---

---

---

Kauanko nykyinen vaiva on kestänyt? \_\_\_\_\_

Piirrä alla olevaan kuvaan, annettuja merkkejä apuna käyttäen, ne kehoosi alueet, joissa sinulla on oireita.

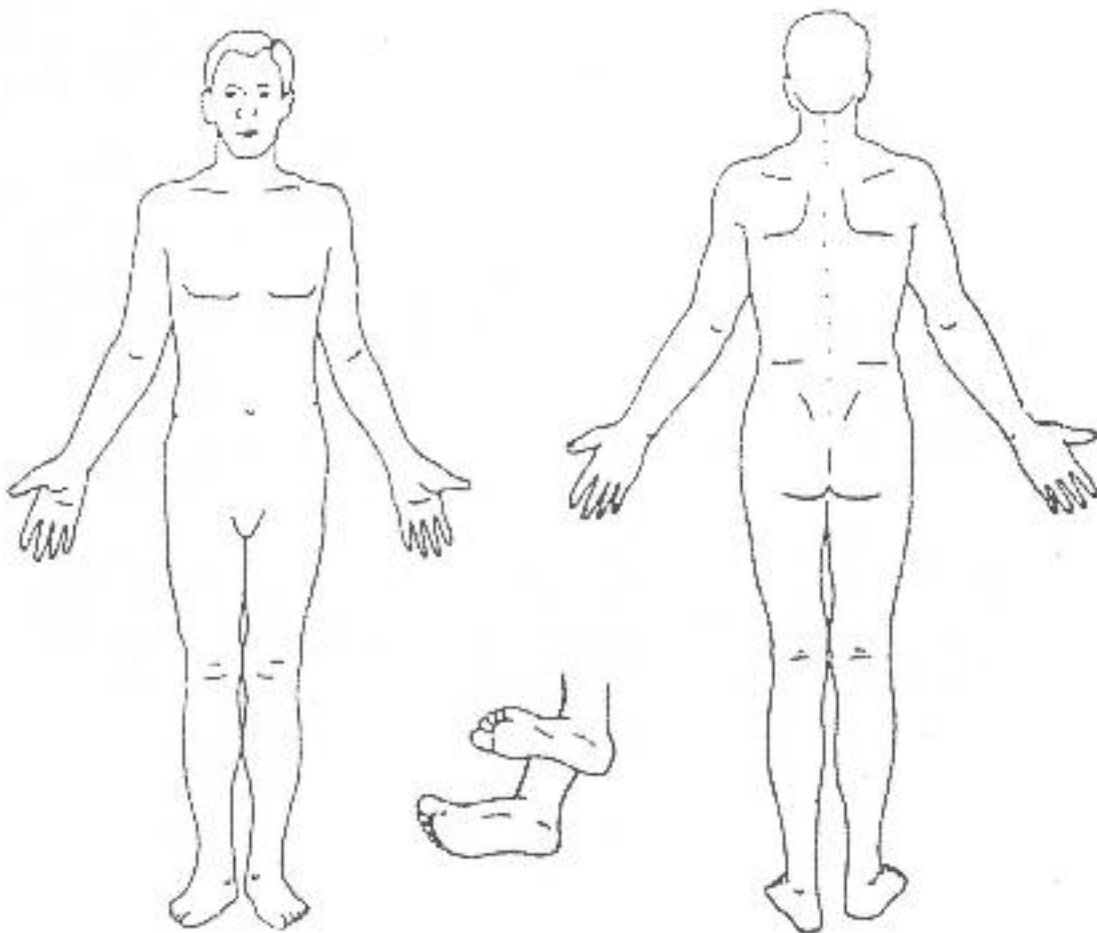
Särky, jomotus XXX

Säteilykipu →→→

Pistävä, vihlova kipu •••••

Väsyminen/ jäykkyys OOO

Puutuneisuus ////



Arvioi kivun/oireen voimakkuutta alla olevaa janaa apuna käyttäen. Merkitse kivun/ oireen voimakkuus rastilla (x) janalle:

(Ei lainkaan) **0** \_\_\_\_\_ **10** (Pahin mahdollinen)

Vaiva alkoi pikkuhiljaa / yhtäkkisesti / vamman yhteydessä, miten? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vaiva on pysynyt samanlaisena / tullut paremmaksi / pahentunut

Vaiva on luonteeltaan jatkuvaa / ajoittaista

Oireita esiintyy aamulla / päivällä / illalla / yöllä / levossa / rasituksessa

Oireita helpottaa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Oireita pahentaa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vaiva rajoittaa toimintaa työssä / kotona / harrastuksessa

Kuvaile rajoittunutta toimintaa:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Oletko ollut ko. vaivan takia aiemmin fysioterapiassa? en / kyllä

Oletko sairaslomalla: en / kyllä, ajanjakso: \_\_\_\_\_

Onko sinulla jokin seuraavista:

korkea / matala verenpaine

reuma

sydänsairaus

hengityselinten sairaus

diabetes

kasvain

tartuntatauti

kuumeilua

iho-ongelmia

sydämen tahdistin tai muu elektronisesti toimiva implantti (esim. lääkepumppu)

metallia kudoksessa (esim. keinonivel)

univaikeuksia

ahdistuneisuutta, hermostuneisuutta tai muuta poikkeavasti pitkittynyttä tunnetilaa \_\_\_\_\_

raskaus

jotakin muuta huomioitavaa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mitä odotat fysioterapialta?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allekirjoitus ja nimen selvennys

\_\_\_\_\_