

Nimi \_\_\_\_\_ Henkilötunnus \_\_\_\_\_  
 Lähiosoite \_\_\_\_\_  
 Postinro ja postitoimipaikka \_\_\_\_\_  
 Puhelin \_\_\_\_\_ Sähköpostiosoite \_\_\_\_\_  
 Pvm \_\_\_\_\_ Ammatti \_\_\_\_\_

TERVEYDEN TILA	+/- todettu/lääkitys	MUITA TIETOJA (loukkaantumiset, aiemmat hoidot)
Sydän- ja verisuonitaudit		
Verenpainetauti		
Syöpä		
Suonikohjut		
Reuma		
Nivelrikko		
Tupakointi		

Tietojani saa käyttää opiskelijahoidoissa   
 Annan suostumukseni hoitoon   
 Tietojani saa käyttää tutkimustyössä  \_\_\_\_\_

(allekirjoitus)

**Kipuhoitopiirros**

- X Kipu
- /// Puutuneisuus
- O Tunnottomuus
- + Lihasjännitys

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

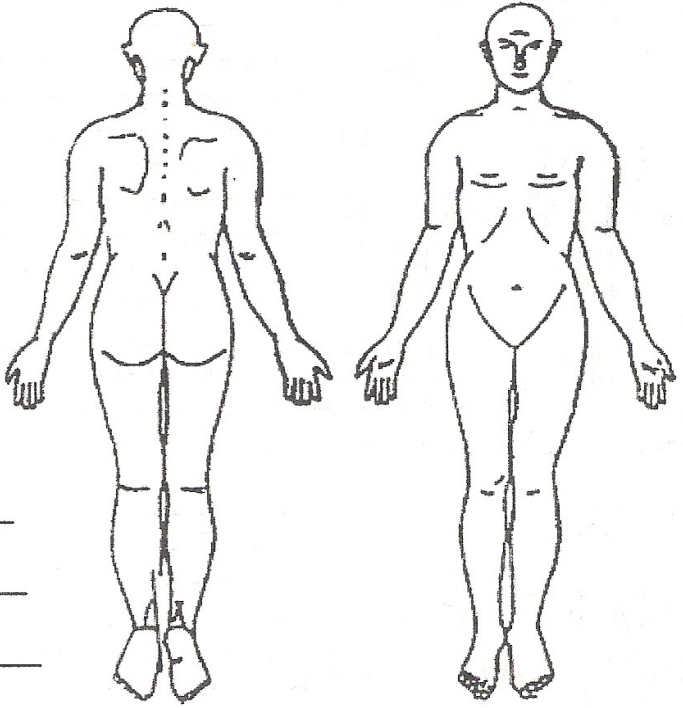
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



KIPUJANA  
 Ei kipua

Kova kipu