

Hoitaja: ANTI TORSTI

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)

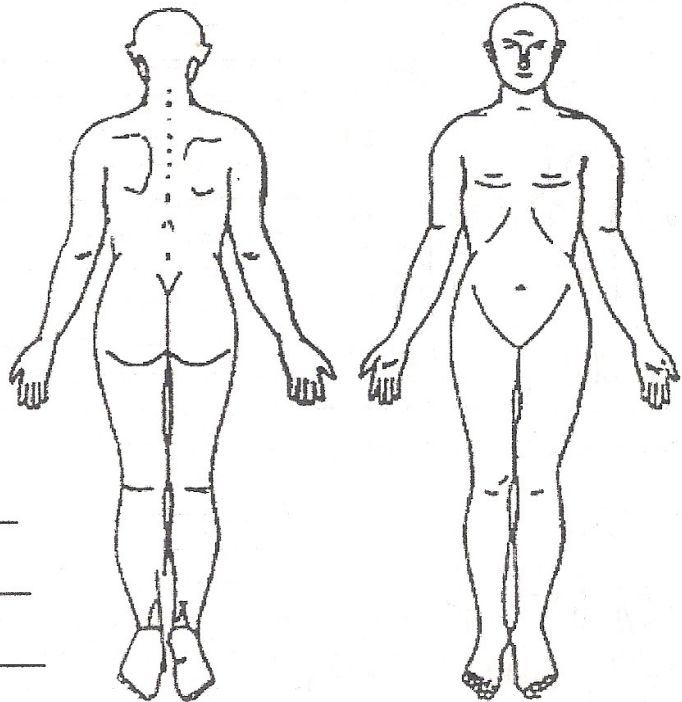
Kipuhoitopiirros

X Kipu

/// Puutuneisuus

O Tunnottomuus

+ Lihasjännitys



KIPUJANA

Ei kipua

Kova kipu