

Eesnimi: _____ Perekonnanimi: _____

Vanus: _____ Sünniaeg: _____

Töö/amet: _____ Email: _____

Telefon: _____

Füsioteraapia teenus on vabatahtlik ja kliendi enda vastutusel. Kogu informatsioon on konfidentsiaalne ja hoitakse saladuses kolmandate osapoolte eest.

Allkiri: _____ Kuupäev: _____

Visiidi peamine põhjus? _____

Millal probleem algas? _____

Kuidas probleem algas? _____

Millised on ärritavad tegevused/liigutused? _____

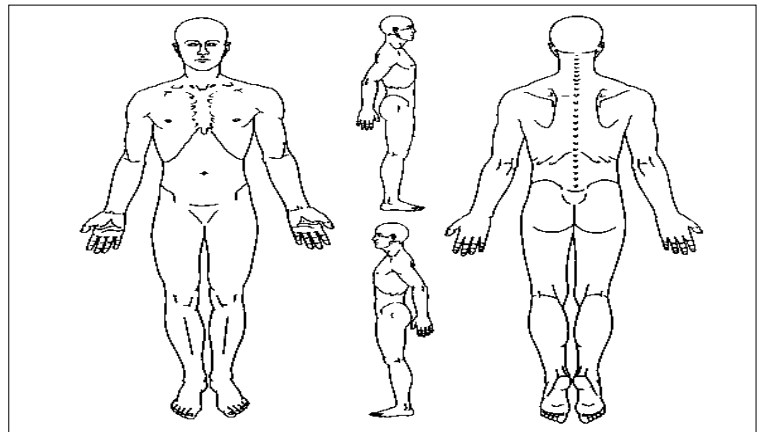
Millised on leevendavad tegevused/liigutused? _____

Kas probleem on ajajooksul muutunud? Paremaks Hulemaks Sama

Probleemi valu/ebamugavus skaalal:

minimaalne		→		maksimaalne						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Märgi probleemi piirkond joonisel:



- Kirjelda valu: Terav Põletav
 Tuim Näriv
 "Sipelgate jooksmine"
 Muu _____

Probleem segab: Und Igapäevast elu Tööd Hobi

Eelnev ravi ja tulemus? _____

Kas varasemalt on esinenud samu probleeme? Millal? Kui tihti? _____

Kas on tehtud röntgenpilte, kompuuter- või magnetuuringuid? Jah Ei

Millal? _____

Märkige Teid puudutav:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Peavalu | <input type="checkbox"/> „Sipelgad“/tuimus kätes | <input type="checkbox"/> Aneemia |
| <input type="checkbox"/> Kaelvalu/-kangus | <input type="checkbox"/> „Sipelgad“/tuimus jalgades | <input type="checkbox"/> Diabeet |
| <input type="checkbox"/> Kohin kõrvades | <input type="checkbox"/> Seljavalu | <input type="checkbox"/> Kilpnäärme probleemid |
| <input type="checkbox"/> Peapööritus | <input type="checkbox"/> Õla-/käevalu | <input type="checkbox"/> Osteoporoos |
| <input type="checkbox"/> Minestus | <input type="checkbox"/> Puusa-/jalavalu | <input type="checkbox"/> Kusepidamatus |
| <input type="checkbox"/> Tasakaaluhäired | <input type="checkbox"/> Skolioos | <input type="checkbox"/> Kõhu kinnisus/lahtisus |
| <input type="checkbox"/> Külmi higi | <input type="checkbox"/> Raskused hingamisel | <input type="checkbox"/> Depressioon |
| <input type="checkbox"/> Järsk kaalulangus | <input type="checkbox"/> Valu rinnakorvis | <input type="checkbox"/> Pidev väsimus |
| <input type="checkbox"/> Käte või jalgade nõrkus | <input type="checkbox"/> Südame probleemid | <input type="checkbox"/> Muu_____ |
| <input type="checkbox"/> Tuimus/tundlikkuse probleemid kubeme/istmiku piirkonnas | | |

Kas Te suitsetate? Ei Jah. **Kui palju?** _____

Vererõhk: Kõrge Madal Normaalne

Autoõnnetused/traumad? _____

Operatsioonid? _____

Kukkumised/luumurrud? _____

Milliseid ravimeid Te regulaarselt tarvitate?

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vererõhu tabletid | <input type="checkbox"/> Kilpnäärme tabletid | <input type="checkbox"/> Verevedeldajad | <input type="checkbox"/> Suukaudsed steroidid |
| <input type="checkbox"/> Valuvaigistid | <input type="checkbox"/> Antidepressandid | <input type="checkbox"/> Muu_____ | |

Sport/hobid: _____

Kui tihti? _____

Milline on Teie eesmärk/ootus? _____
