



ESITIELOMAKE

Ole ystävällinen ja merkitse rasti ruutuun tai anna lyhyt kirjallinen vastaus. Jos joku kohdista jää epäselväksi, voit täyttää sen hoitajasi kanssa. Kiitos yhteistyöstä.

Sukunimi	_____	Etunimet	_____
Hetu	_____	Ammatti	_____
Lähiosoite	_____	Postinro / toimipaikka	_____
Puh. (koti)	_____	Puh. (työ)	_____
Sähköposti	_____		

Laskun maksaja (alaikäisellä vanhempien laskutustiedot)

itse

joku muu, kuka _____

Osoite _____

Sähköposti _____

Saako laskun lähettää sähköpostiin, jos sihteeri ei ole laskuttamassa kyllä ei

- Suostun, että potilastietoni tallennetaan OMT fysio Joensuu Oy:n ja sen siinä työskentelevien itsenäisten ammatinharjoittajien keskitettyyn potilastietojärjestelmään.
- Annan suostumukseni tietojeni luovuttamiseen rekisteriin liittyneille terveydenhuollon ammattilaisille hoitosuhteeni niin edellyttäessä.
- Annan luvan siihen, että minua hoitanut terapeutti antaa palautteen hoidostani lähetteen antaneelle taholle. Lähettäneen lääkärin toimipaikka on? _____
- Minulle saa lähettää tietoa OMT fysio Joensuun tarjouksista / palveluista.

Paikka ja aika _____

Allekirjoitus _____

HENKILÖTIETOLAIN (523/99) MUKAINEN INFORMOINTI

Potilastietonne tallennetaan suostumuksenne perusteella rekisteriin, jota pitävät fysioterapialaitos ja siellä keskitettyyn rekisteriin liittyneet ammatinharjoittajat yhteisesti. Potilastietonne ovat salassa pidettäviä. Hoitosuhteeseen liittyen niitä voidaan suostumuksenne perusteella käyttää fysioterapialaitoksessa. Muille niitä luovutetaan vain lakiin perustuen tai luvallanne. Teillä on mahdollisuus tarkistaa rekisteriimme tallennetut Teitä koskevat tiedot henkilökohtaisen käynnin yhteydessä tai kirjallisella pyynnöllä. Samoin sinulla on oikeus vaatia korjattavaksi rekisterissämme oleva virheellinen tieto. Lisätietoja saat henkilökunnaltamme.

Minkä vaivan takia tulet fysioterapiaan? _____

Vaiva alkoi pikkuhiljaa yhtäkkisesti
 vamman yhteydessä, miten? _____

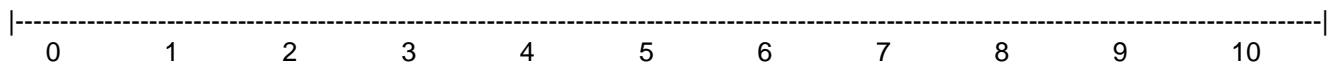
Vaiva on pysynyt samana parempi pahenee jatkuvasti

Miten kauan oiretta on ollut? _____

Missä toiminnossa vaiva / kipu rajoittaa sinua eniten? Kuvaa rajoittunutta toimintaa.

1. _____
2. _____
3. _____

Miten voimakas haitta 0-10 asteikolla on (0 = toiminnan haittaa ei ole, 10 = pahin mahdollinen toiminnan haitta)?



Kipua esiintyy aamulla päivällä illalla yöllä jatkuvasti ajoittain
 Milloin? _____

Oletko sairaslomalla? en kyllä / ajanjakso _____

Onko sinulla joku seuraavista? verenpaine reuma kasvain
 sydänsairaus masennus raskaus / rv _____
 muu sairaus, mikä? _____

Käytätkö lääkkeitä? en kyllä, mitä? _____

Onko oirealue kuvannettu, esim. röntgen / MRI? ei kyllä
 Oletko aikaisemmin saanut oirealueeseen fysioterapiaa? en kyllä
 Oletko tällä hetkellä muussa hoidossa? en kyllä, missä? _____
 Harrastatko liikuntaa säännöllisesti? en kyllä, mitä? _____

Piirrä seuraavia merkkejä apuna käyttäen kuviin ne kehosi alueet, joihin sinulla tulee kipuja eniten rajoittuneen toiminnon aikana.

Säteilykipu: →

Särky, jomotus: xxx

Pistävä, vihlova kipu:

Puutuneisuus, turtumus: ////

Alue, jossa väsymystä tai jäykkyyttä: 0

