

_____ / _____ 20__

Nimi

Sosiaaliturvatunnus

Kotiosoite

Postinumero ja -toimipaikka

Kotipuh. / GSM

Työpuh

Työnantaja

Ammatti / Työn luonne

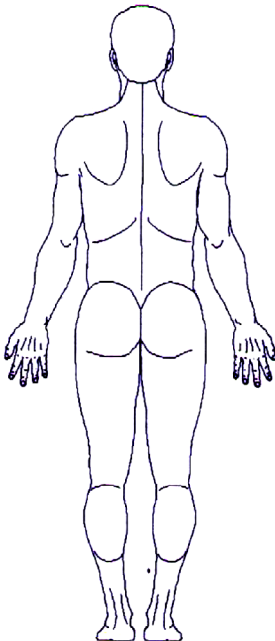
Liikuntaharrastukset

Lääkärin nimi ja toimipaikka

Laskutusosoite (Mikäli eri kuin oma)

Vakuutusnro

Vahinkonro



NYKYISEN OIREKUVAN KARTOITUS

1. Piirrä viereisiin ihmishahmoihin oireiden sijainti käyttämällä niiden alla olevia symboleja
2. Merkitse alla olevalle viivalle rastilla oireen voimakkuus viimeisen 2 pv:n aikana

Ei oireita 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

3. Milloin nykyiset oireesi alkoivat?

4. Mitä lääkitystä käytät: Tähän vaivaan? Muu lääkitys

5. Oletko loukannut oirealuetta? Miten?

6. Onko sinulla muita sairauksia / Leikkaukset?

7. Annan luvan ottaa tarvittaess yhteyttä lähettäneeseen lääkäriin ja toimittaa hänelle fysioterapiaa koskevia tietoja, sekä henkilötietolain 523/99 mukainen informointi yrityksen sisällä

Kyllä

En

Allekirjoitus

1. Piirrä ihmishahmoihin oireiden sijainti

XXX = särky, jomotus

||||| = puutuneisuuden tunne

>>>> = säteilevä kipu

_____ / _____ 20__
