

Nimi: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

Puhelin ja sähköposti: \_\_\_\_\_

Ammatti: \_\_\_\_\_ Syntymävuosi \_\_\_\_\_

Harrastukset: \_\_\_\_\_

Onko sinulla / onko sinulla ollut jokin seuraavista:

- laskimotukos milloin? \_\_\_\_\_  oletko raskaana
- sydänsairaus mikä? \_\_\_\_\_  marevan lääkitys
- syöpä missä? \_\_\_\_\_  allergiat \_\_\_\_\_
- verenvuotosairaus  korkea verenpaine  osteoporoosi  nivelrikko
- reuma  suonikohjuja  epilepsia  sokeritauti  infektiot ihossa (bakteeri, virus, sieni)
- astma  sydämen tahdistin  verisuoniproteesi  jokin muu mikä? \_\_\_\_\_
- leikkaus mikä /milloin? \_\_\_\_\_

Hierontaan tulon syy / odotukset hoidosta?: \_\_\_\_\_

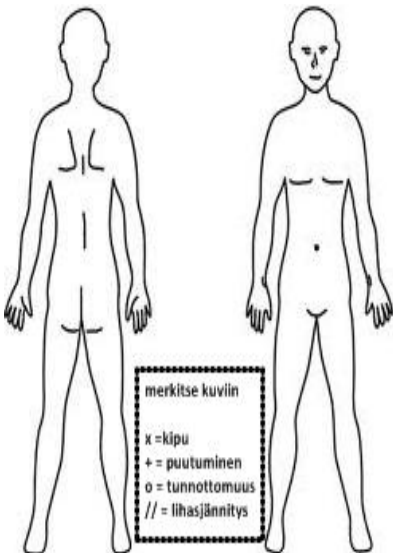
Kauanko vaiva on kestänyt? \_\_\_\_\_ Käytätkö lääkkeitä? Mitä? \_\_\_\_\_

Minkä toiminnon tekemistä kipusi eniten haittaa? \_\_\_\_\_

Oletko saanut ko. vaivaan aiemmin hoitoa? Mitä? \_\_\_\_\_

Kokemukset hoidosta pahentavat/ helpottavat tekijät : \_\_\_\_\_

Päiväys ja allekirjoitus: \_\_\_\_\_



Anamneesi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Huomiot \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Merkitse janaan kipusi kovuus