

Esitietolomake

Tämä haastattelulomake auttaa terapisuunnitelmasi laadinnassa.

Henkilötietolain (523/99) mukainen informointi

Vastauksesi käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti terveydenhuollon henkilötietolain mukaisesti.

Henkilötietosi ovat salassa pidettäviä ja niitä

luovutetaan vain lakiin perustuen tai luvallasi. Tietojasi käsitellään vain asiakassuhteeseen liittyvinä. Sinulla on mahdollisuus tarkistaa rekisteriimme tallennetut, sinua koskevat tiedot henkilökohtaisen käynnin yhteydessä, tai kirjallisella pyynnöllä. Samoin sinulla on oikeus vaatia korjattavaksi rekisterissämme oleva virheellinen tieto.



TIGER MOTION

1. YHTEYSTIEDOT

Nimi _____ Pvm _____ /20 _____
Osoite _____ Ikä _____ Postinumero _____
Postitoimipaikka _____ Puh. koti/työ _____ / _____
Sähköpostiosoite _____
Käyttekö ansiotyössä (alleiviivaa): En Kyllä. Ammatti: _____

2. YLEISTERVEYS

Ympyröi sopiva vaihtoehto

1. Onko terveytenne tällä hetkellä hyvä? Kyllä Ei En osaa sanoa

2. Onko teillä tai onko teillä ollut jokin seuraavista ?

- Sepelvaltimotauti
- Kohonnut verenpaine
- Aivohalvaus
- Sydämen rytmihäiriö
- Kävelykipua pohkeissa
- Syvä laskimotukos
- Allergia
- Krooninen keuhkoputkentulehdus
- Diabetes
- Anemia
- Korkea verensokeri
- Sydäninfarkti
- Sydämen läppävika
- Aivoverenkierron häiriöitä
- Sydämentahdistin
- Sydänlihassairaus
- Astma
- Keuhkolaajentuma
- Keuhkohtaumatauti
- Kilpirauhasen toimintahäiriö
- Korkea veren kolesteroli
- Nivelrikko, -kuluma

- Krooninen selkäsairaus
- Osteoporoosi
- Nivelreuma
- Munuaissairaus
- Neurologinen sairaus, mikä:
- Mahahaava
- Epilepsia
- Leikkaus äskettäin
- Kohonnut silmänpaine
- Huomattava ylipaino
- Pallea-,nivus- tai napatyrä
- Tekonivel
- Mielen terveyden ongelma
- Maksasairaus
- Uniapnea
- Migreeni
- Ruokatorven tulehdus
- Kasvain tai syöpä
- Näön tai kuulon heikkous
- Tapaturma äskettäin

Muu mikä ? _____

3. Käytättekö jotain lääkitystä säännöllisesti tai usein ?

Ei

Kyllä, mitä? _____

4. Tupakointi

En tupakoi koskaan

En tupakoi säännöllisesti

Tupakoin: _____ savuketta / pv, _____ sikaria / pv, _____ piipullista / pv

Olen lopettanut _____ vuotta sitten TAI _____ kuukautta sitten

3. OIREET

1. Kuvaile, jos sinulla on tällä hetkellä jotakin oiretta tai vaivaa: _____

2. Kuinka kauan vaiva on kestänyt ? _____

Rastita

3. Vaiva alkoi: () pikkuhiljaa () äkisti () vamman yhteydessä

4. Vaiva on: () pysynyt samana () parempi () pahentunut

5. Vaiva on : () ajoittaista () jatkuvaa

6. Vaiva/ kipu esiintyy: () aamulla () päivällä () illalla () yöllä

7. Pahentavat tekijät: _____

8. Helpottavat tekijät: _____

9. Onko vaiva-alueita röntgenkuvattu/ magneettikuvattu? () Ei () Kyllä, vuosi ____

10. Oma arvio työ- ja toimintakyvystä (Ympyröi numeroalue)

0-1 Ei ongelmia

2-4 Lievä ongelma (Haitta on havaittavissa, mutta ei estä työntekoa)

5-6 Kohtalainen tai merkittävä ongelma (Ajoittain vaikeuksia suoriutua työstä)

7-8 Vaikea ongelma (Työkyky on vajaa, en pysty suoriutumaan työtehtävistäni)

9-10 Ehdoton ongelma (Täysin työkyvytön)

11. Oirepiirros

Piirrä alla olevia merkkejä käyttäen kuviin ne kehosi alueet, joissa sinulla on kipuja tai vaivoja.

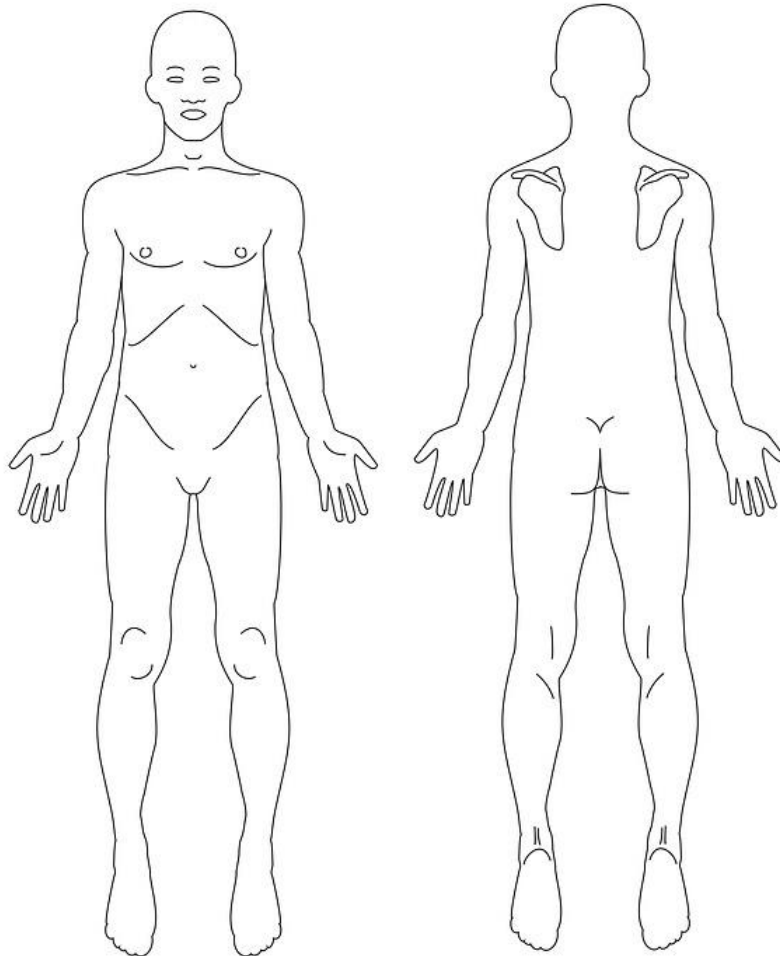
Säteilykipu →

Särky, jomotus
xxx

Väsymystä tai
jäykkyyttä oooo

Pistävä, vihlova
kipu

Puutuneisuus,
turtumus //////////////



12. Kivun voimakkuus

Merkittävä rastilla alla olevalle janelle mahdollisten kipujen ja oireiden voimakkuus

Ei lainkaan kipua

Maksimaalinen kipu

4. FYYSINEN AKTIIVISUUS (Rastita)

1. Onko fyysinen kuntosi mielestäsi () erinomainen () hyvä
() tyydyttävä () heikko
2. Miten usein harrastat liikuntaa, jossa hengästyit tai hikoilet vähintään 30 min ajan?
- () En lainkaan
() Kerran kuukaudessa tai harvemmin
() 2-3 x /kk ()
() 1-2 x / vko ()
() 3-4 x / vko ()
() Lähes päivittäin

Antamani tiedot ovat oikeita. Niitä voidaan käyttää terapian suunnittelussa.

Lappeenranta _____ 20_____

Allekirjoitus _____