Osteopatia**Alku**

Etunimi: Sukunimi:

Henkilötunnus: Postinumero ja toimipaikka:

Osoite: Puhelinnumero:

Sähköpostiosoite:

☐ Minulle saa lähettää tietoa tarjouksista ja kampanjoista.

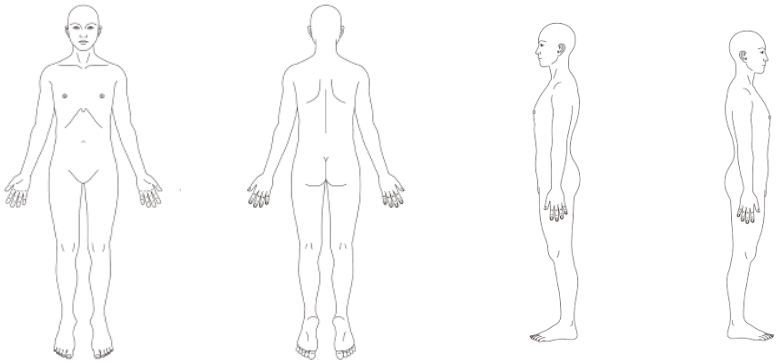
☐ Vakuutan lukeneeni ja ymmärtäneeni OsteopatiaAlku yrityksessä työskentelevien yksityisten elinkeinoharjoittajien yhteisen tietosuojalain ja EU:n tietosuoja-asetuksen (GDRP) mukaisen rekisteri- ja tietosuojaselosteen. Annan suostumukseni henkilötietojeni käsittelyyn ja tallentamiseen minua hoitavan osteopaatin tai hierojan pitämään rekisteriin. Ymmärrän oikeuteni henkilötietojen käsittelyyn liittyen.

Allekirjoitus: Päivämäärä:

Tulosyy:

Koska vaiva on alkanut?

Merkitse kuvaan
K= kipua S= säteilykipua P= pistelyä/puutumista



Kokemus terveydentilastasi ja jaksamisesta tällä hetkellä:

Heikko 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ Erinomainen

Rastita mikäli sinulla on

- ☐ Huimausta
- ☐ Päänsärkyä
- ☐ Vatsakipuja
- ☐ Närästystä
- ☐ Puutumista
- ☐ Lihasheikkoutta
- ☐ Yökipua
- ☐ Hengenahdistusta
- ☐ Sydämen rytmihäiriöitä
- ☐ Suoritettuja leikkauksia
- ☐ Ummetusta
- ☐ Unettomuutta
- ☐ Stressiä
- ☐ Sairastettu syöpä
- ☐ Rintakipua
- ☐ Ruoansulatushäiriöitä
- ☐ Pahoinvointia
- ☐ Nielemisvaikeuksia
- ☐ Kohonnut verenpaine
- ☐ Matala verenpaine

Onko sinulla lääkärin diagnosoimia sairauksia? Kyllä / Ei

Lääkitykset:

Oletko raskaana? Kyllä / Ei

Harrastukset: