

© KANSANLÄÄKINTÄSEURA RY

Ketopaikankuja 8
69100 KANNUS

Hoitaja: _____

Asiakkaan nimi: _____ Ammatti tai _____

Lähiosoite: _____ erityisharrastus: _____

Postinumero: _____ Postitoimipaikka: _____

Puh. _____ S-postiosoite: _____

Mies: Nainen: Ikä: _____ v. Syntymäaika: _____

Saako tietojani käyttää tutkimustyössä: Saa Ei saa

SAIRAUDET JA LOUKKAANTUMISET: _____

Lääkitys: _____

Aiemmat hoidot: _____

VASEN

OIKEA

OIKEA

VASEN

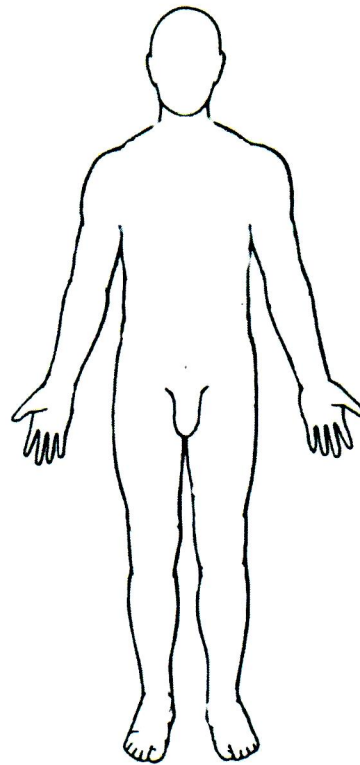
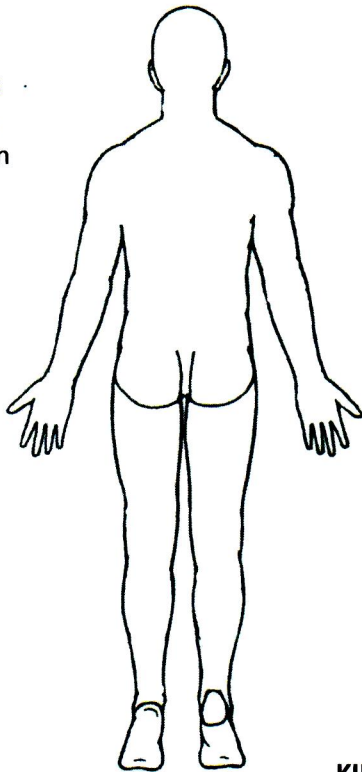
KIPUPIIRROS

X = kipu

///= puutuneisuus

O= tunnottomuus

+ = lihasjännityksen tunne



Ei kipua

KIPUJANA

Kova kipu

Vakuutan yllä antamani tiedot oikeiksi ja otan vastaan kalevalaisen jäsenkorjaushoidon:

Allekirjoitus: _____