

Nimi _____	Syntymäaika _____	Ikä _____		
Lähiosoite _____				
Sähköpostiosoite _____	Puh.nro _____			
Ammatti tai erityisharrastus _____				
Tietojani saa käyttää tutkimuksessa:	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Mies <input type="checkbox"/>	Nainen <input type="checkbox"/>
Tietojani saa säilyttää asiakasrekisterissä:	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Olen raskaana <input type="checkbox"/>	

**SAIRAUDET JA LOUKKAANTUMISET**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**LÄÄKITYS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AIKAISEMMAT HOIDOT**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**KIPUPIIRROS**

VASEN OIKEA OIKEA VASEN

SIETÄMÄTÖN KIPU

KIPUJANA

EI KIPUA

MERKITSE KUVIIN:  
X - KIPU  
/// - PUUTUMINEN  
0 - TUNNOTTOMUUS  
+ - LIHASJÄNNITYS

Allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Vakuutan yllä antamani tiedot oikeiksi, olen tutustunut kalevalaiseen jäsenkorjaukseen ja otan hoidon vastaan.