



Espoon Keskukseen Fysioterapia

Fysioterapian ja jalkaterapian esitietolomake Informationsblankett för fysioterapi och fotterapi

Nimi/Namn _____ Hetu/Personbeteckning _____

Lähiosoite/Address _____

Postinumero/Postnummer _____ Puhelinno/Tel _____

Postitoimipaikka/Postort _____ Sähköposti/E-post _____

Työnkuva/Arbetsbeskrivning _____

Maksaja/Betalare: itse/själv muu, mikä/någon annan, vem _____

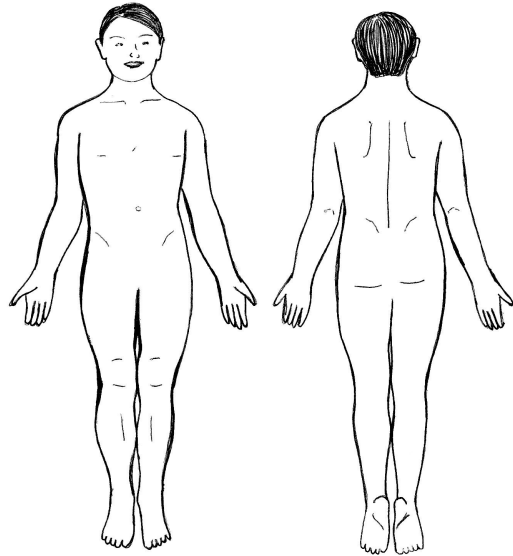
Miten löysit meidät?/Hur fann ni oss?

- netistä/på nätet Facebookista/på Facebook Entressen mainosten kautta/via Entresses annonser
 Kuulin tuttavalta/Jag hörde från en bekant Yritys on ennestään tuttu/Jag känner företaget från förut
 OmaFysion palvelun kautta/via OmaFysio

Piirrä alla olevia merkkejä käyttäen kuviin ne kehosi alueet, joissa sinulla on oireita /

Med symboler under, teckna ut symptomen

Särky, jomotus / Värk **XXX**
Pistävä, vihlova kipu / Stickande, skarp smärta **●●●**
Puutuneisuus, turtumus / Domning **////**
Säteilykipu / Strålände värk **————▶**
Väsymys tai jäykkyys / Trötthet eller tröghet **OOO**
Turvotus / Ödem **TTT**



Merkitse janalle kivun voimakkuus viimeisen vuorokauden aikana /

Utmärk på linjen värkens styrka under senaste dygnet

ei kipua/
ingen smärta _____ pahin mahdollinen kipu/
värsta tänkbara smärta

Kuinka kauan oireet ovat kestäneet?/Hur länge har symptomen pågått? _____

Rajoittavatko oireet päivittäistä toimintaa? Miten?/Begränsar symptomen daglig verksamhet? Hur?

Oletko sairaslomalla?/Är du sjukledig? En/Nej Olen, ajanjakso/Ja, tidsperiod _____

Onko oireilevaa aluetta kuvannettu (röntgen, MRI tms.)?/Har området med symptomen undersökts (röntgen, MRI etc.)? _____

Oletko raskaana?/Är du gravid? En/Nej Olen, viikolla/Ja, vecka: _____

Tupakoitko?/Röker du? Ei/Nej Kyllä/Ja

Onko sinulla/Har du:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> sydämentahdistin / pacemaker | <input type="checkbox"/> reuma / reumatism |
| <input type="checkbox"/> verenpainetauti / högt blodtryck | <input type="checkbox"/> diabetes |
| <input type="checkbox"/> metallia kehossa / metall i kroppen | <input type="checkbox"/> verenvuotohäiriö / blödningsjukdom |
| <input type="checkbox"/> osteoporoosi / osteoporos | <input type="checkbox"/> tartuntatauti / infektionssjukdom _____ |
| <input type="checkbox"/> kasvain / tumor | <input type="checkbox"/> muu / annat _____ |
| <input type="checkbox"/> sydän- tai verisuonisairaus / kardiovaskulär sjukdom | |

Lääkitys/Medicinering _____

Onko sinulla allergioita, esim. nikkeli ?/Har du allergier, tex nickel ? Ei/Nej Kyllä/Ja _____

Miten ja kuinka usein liikut?/Hur och hur ofta rör du på dig? _____

Oletko ollut saman vaivan vuoksi hoidossa?/Har du fått behandling för samma besvär?

Antamasi tiedot tallennetaan potilasrekisteriimme. Tietoja käsitellään vain hoitosuhteeseen liittyvinä. Tiedot ovat salassapidettäviä ja niitä luovutetaan vain lakiin perustuen tai luvallasi. Sinulla on oikeus tarkistaa rekisteriin tallennetut tietosi.

Uppgifterna du ger sparas i vårt patientregister. Uppgifterna används endast i vårdförhållande. Uppgifterna är hemlighållande och överlåtes endast om lagen så kräver eller enligt överenskommelse. Du har rätt att kontrollera dina uppgifter som sparats i registret.

Suostumus potilastietojen luovuttamiseen/Samtycke för utlämning av patientinformation

- hoitavalle lääkärille tai laitokselle/till skötande läkare eller anläggning
- hoidon maksajalle/till betalaren av behandlingen
- omaiselle/till anhöringen _____
- muulle taholle/andra _____
- en halua tietojani luovutettavan/jag vill inte att min information utlämnas

Poissaolosta tai peruutuksesta, jota ei ole tehty viimeistään edellisenä päivänä, veloitetaan **100%** hinnasta potilaalta itseltään. / Från bokning eller annullering som inte har gjorts ett dygn före, debiteras **100%** av priset från patienten själv.

Espoo/Esbo ____/____ 20____

Allekirjoitus ja nimenselvennys/Underskrift och namnförtydligande



Espoon Keskuksen Fysioterapia

Information Form for Physiotherapy and Podiatry

Name _____

Social security number (Finland) _____

Address _____

Postal code _____ Phone _____

Town/city _____ Email _____

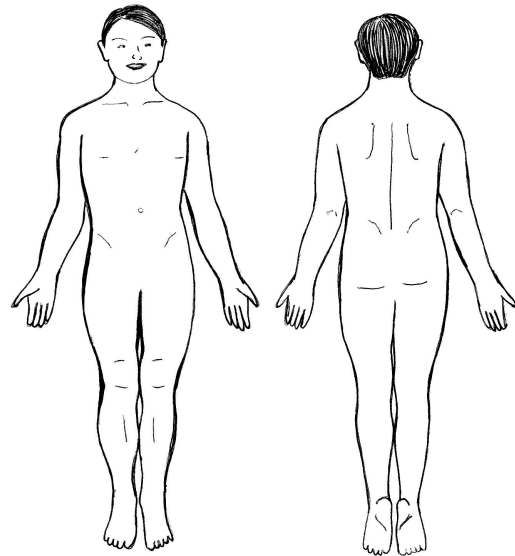
Profession _____

Payer self other, who? _____

How did you find us? on the internet on Facebook via Entresse's advertisements
 heard from an acquaintance I knew the company already via OmaFysio

Please use the signs below and draw them on the body to the parts where you are experiencing symptoms:

- Ache, dull pain **XXX**
- Stitch, sharp pain **•••**
- Numbness **///**
- Radiating pain **—▶**
- Tiredness or stiffness **OOO**
- Swelling or edema **TTT**



Mark the intensity of the pain in the last 24 hours on the line below:

No pain _____ Worst possible pain

How long have you had symptoms? _____

Are the symptoms restraining everyday life? How?

Are you on a sick leave? No Yes, time period: _____

Has the area of the symptoms been imaged (X-ray, MRI etc)? _____

Are you pregnant? No Yes, week: _____

Do you smoke? No Yes

Do you have any of the following:

- | | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> heart pacemaker | <input type="checkbox"/> cardiovascular disease | <input type="checkbox"/> hypertension | <input type="checkbox"/> diabetes |
| <input type="checkbox"/> metal in your body | <input type="checkbox"/> rheumatism | <input type="checkbox"/> tumor | <input type="checkbox"/> osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> bleeding disorder | <input type="checkbox"/> contagious disease | <input type="checkbox"/> other, what? _____ | |

Medication _____

Do you have allergies, as nickel? No Yes, for _____

How do you exercise and how often?

Have you received treatment for the same problem?

The given information will be saved to our patient register. The information will be handled only concerning the treatment. The information is under confidentiality and it will be handed over only based on the law or your permission. You have the right to check the information saved to the register.

Approval for handing over the patient information to:

- a doctor or institute taking care of you
- the payer of the treatment
- relative: _____
- other: _____
- I do not want my information to be handed over

A fee of **30 €** will be charged from the patient for an absence or cancellation, that hasn't been made the day before at the latest.

Espoo ___/___ 20___

Signature and clarification of the name