

## ESITIELOMAKE HIERONTAAN /TRIGGERHOITOON

vastaukset luottamuksellisia ja tärkeitä hoitonne suunnittelua varten

Nimi: \_\_\_\_\_ Syntymäaika: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Puhelin: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Ammatti/työpaikka: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Harrastukset: \_\_\_\_\_

### Yleisterveys

Käytätkö säännöllisesti lääkkeitä? Kyllä  Ei

Jos vastasit kyllä, niin mitä lääkkeitä?

\_\_\_\_\_

Onko sinulla jokin sairaus sydämessä, verenkiertoelimissä, keuhkoissa, sisäelimissä tai muualla elimistössä? Jos on, niin mikä tai mitkä?

\_\_\_\_\_

### Tuki- ja liikuntaelinongelmat

Onko sinulla seuraavia oireita (rasti ympyrään, jos vastaat KYLLÄ):

1. päänsärkyä
2. näköoireita
3. huimausta
4. narskutatko hampaitasi
5. yläraajojen puutumista tai voimattomuutta
6. selän aamujäykkyyttä
7. selän väsymistä
8. alaraajojen puutumista tai voimattomuutta

Oletko joutunut tapaturmaan/loukkaantunut lähiaikoina? Jos niin minkä alueen loukkasit?

\_\_\_\_\_

Hierontaan tulon syy? \_\_\_\_\_

**Merkitse kuviin x:llä alueet,**

joissa sinulla on kipua/ongelmaa:

