



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

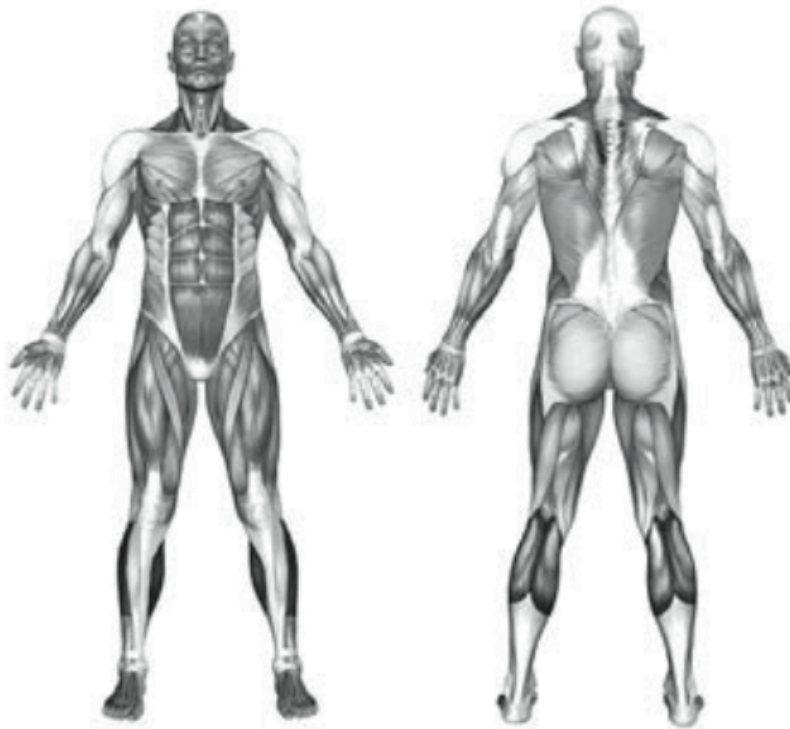
Osoite: \_\_\_\_\_

Ammatti: \_\_\_\_\_ Puhelin \_\_\_\_\_

Sähköposti: \_\_\_\_\_

Hoitoon tulon syy: \_\_\_\_\_

Merkitse kuviin x:llä  
ne alueet, joissa  
sinulla on ongelmia



Onko sinulla todettu jokin seuraavista sairauksista:

laskimotukos, milloin? \_\_\_\_\_

sydänsairaus mikä? \_\_\_\_\_

syöpä missä? \_\_\_\_\_

korkea verenpaine  verenvuotosairaus  sokeritauti

astma  epilepsia  osteoporoosi  AIDS

jokin muu mikä? \_\_\_\_\_

Pvm ja allekirjoitus \_\_\_\_\_

