

Minna Söder

Pvm _____

Asiakasnro. _____

Nimi _____ Syntymäaika _____ Ikä _____

Osoite _____

Puh. _____ e-mail _____

Ammatti tai erityisharrastus _____

Tietojani saa käyttää tutkimustyöhön. Kyllä Ei Olen raskaana

Tietojani saa säilyttää asiakasrekisterissä. Kyllä Ei

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi, olen tutustunut kalevalaiseen jäsenkorjaukseen ja haluan ottaa hoidon vastaan.

Allekirjoitus _____

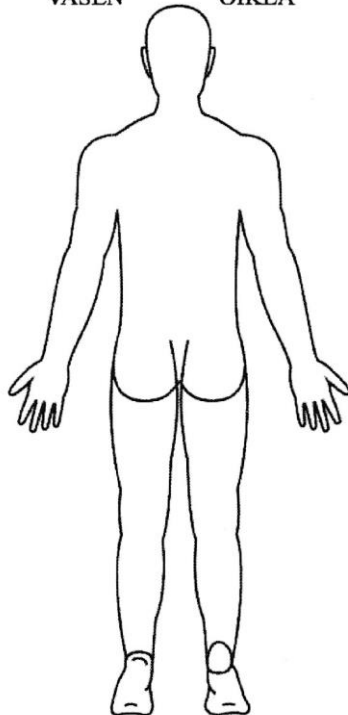
SAIRAUDET JA LOUKKAANTUMISET _____

LÄÄKITYS _____

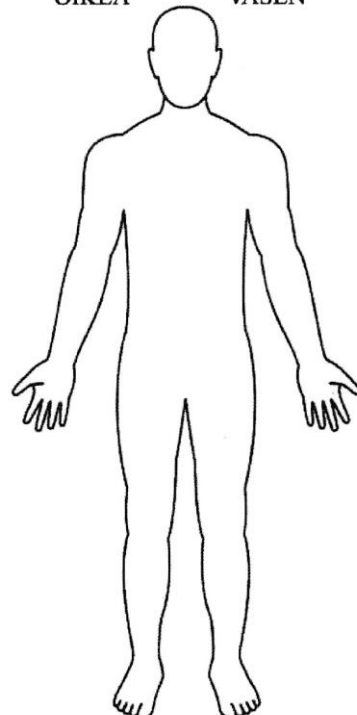
AIKAISEMMAT HOIDOT _____

Merkitse kuvaan
X = Kipu
/// = Puutuminen
O = Tunnottomuus

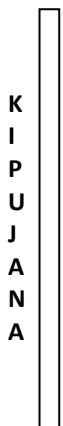
VASEN OIKEA



OIKEA VASEN



Sietämätön kipu



Ei kipua

ALKUTILANNE _____
