

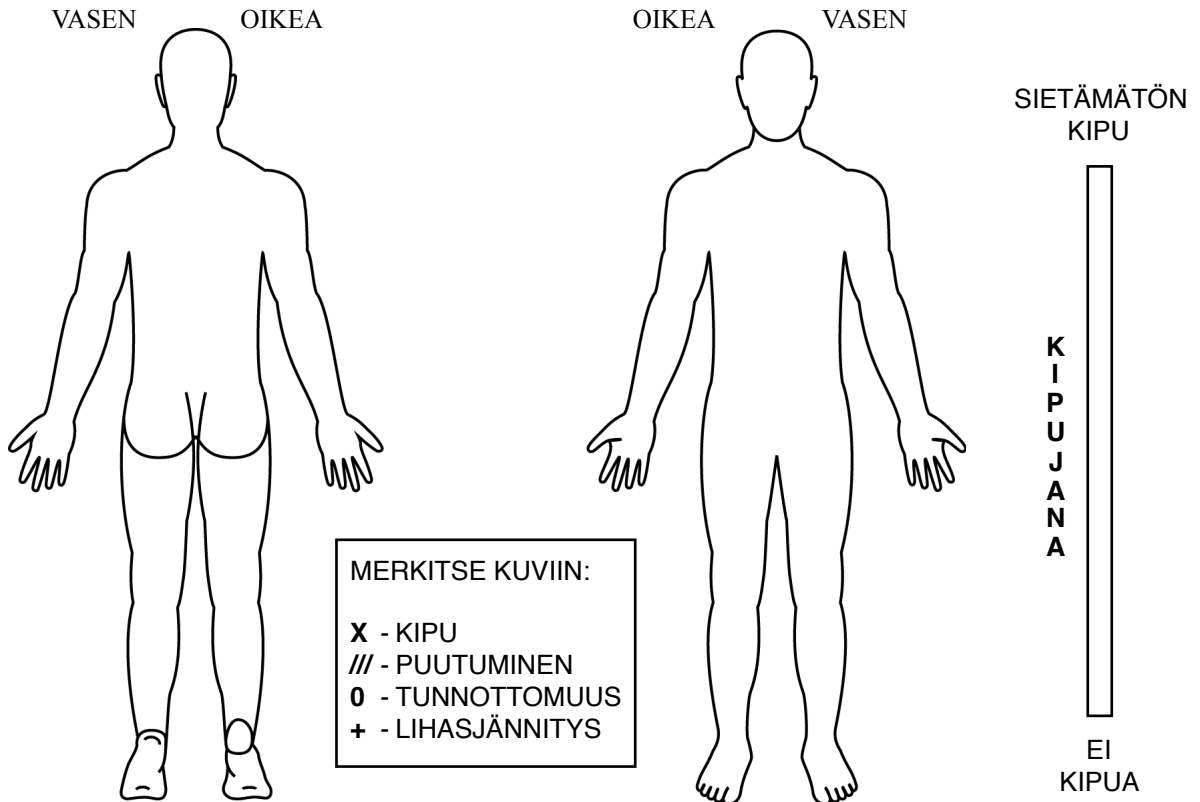
Nimi _____	Syntymäaika _____	Ikä _____		
Lähiosoite _____				
Sähköpostiosoite _____	Puh.nro _____			
Ammatti tai erityisharrastus _____				
Tietojani saa käyttää tutkimuksessa:	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Mies <input type="checkbox"/>	Nainen <input type="checkbox"/>
Tietojani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

SAIRAUDET JA LOUKKAANTUMISET

LÄÄKITYS

AIKAISEMMAT HOIDOT

KIPUPIIRROS



Allekirjoitus: _____

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

ARVIO VAIVAN SYYSTÄ

POIKKEAVUUDET TASAPAINOTEKIJÖISSÄ JA MUUT HAVAINNOT

Jalkaterät

Polvet

Lonkat

Alaselkä

Rintaranka

Kaularanka

Purenta

Olkapäät

Kyynärpäät

Ranteet / Kädet

HOIDON KUVAUS

HOIDON TULOS
