

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**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

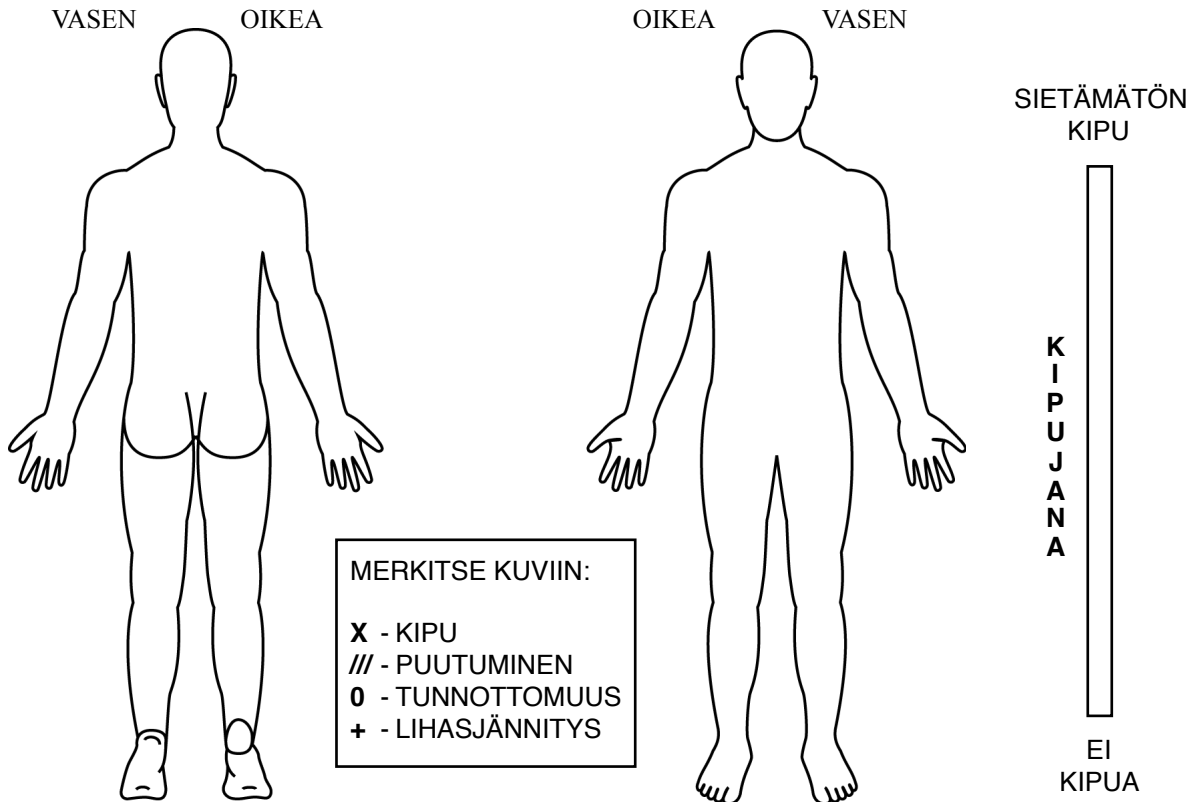
**LÄÄKITYS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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

---

---

---

---