



Esitietolomake

Nimi _____

Sähköposti _____

Henkilötunnus _____

Osoite _____

Puhelinnumero _____

• Oletko raskaana? Kyllä Ei Raskausviikko: _____

• Oletko synnyttänyt? Kyllä Ei

Montako synnytystä sinulla on takana? _____

Vuosi/vuodet _____

Synnytystapa (Alatie, sektio) ? _____

Imetätkö? _____

• Jäikö raskausajasta/synnytyksestä jotain, mikä vaikuttaa terveydentilaasi vielä tänä päivänä?

Onko sinulla viimeisen 3 kuukauden aikana ollut jotain seuraavista? Rastilta.



Selkäkipuja



Yhdyntä kipuja



Paineen tunnetta



Pömpöttävä vatsa



Niska-hartiakipuja



lantionpohjassa



Vaikeutta
aktivoida lantionpohja



Vaikeutta aktivoida
keskivartalo



Virtsan/ulosteen/kaasun
karkailua

• Missä tilanteessa virtsan/kaasun/ulosteen karkailua yleensä esiintyy?

Liikutko säännöllisesti?

Kyllä

Ei

Montako kertaa viikossa ja mitä lajeja harrastat

Syötkö terveellisesti ja monipuolisesti?

Kyllä.

Ei

Saatko mielestäsi riittävästi lepoa?

Kyllä.

Ei