

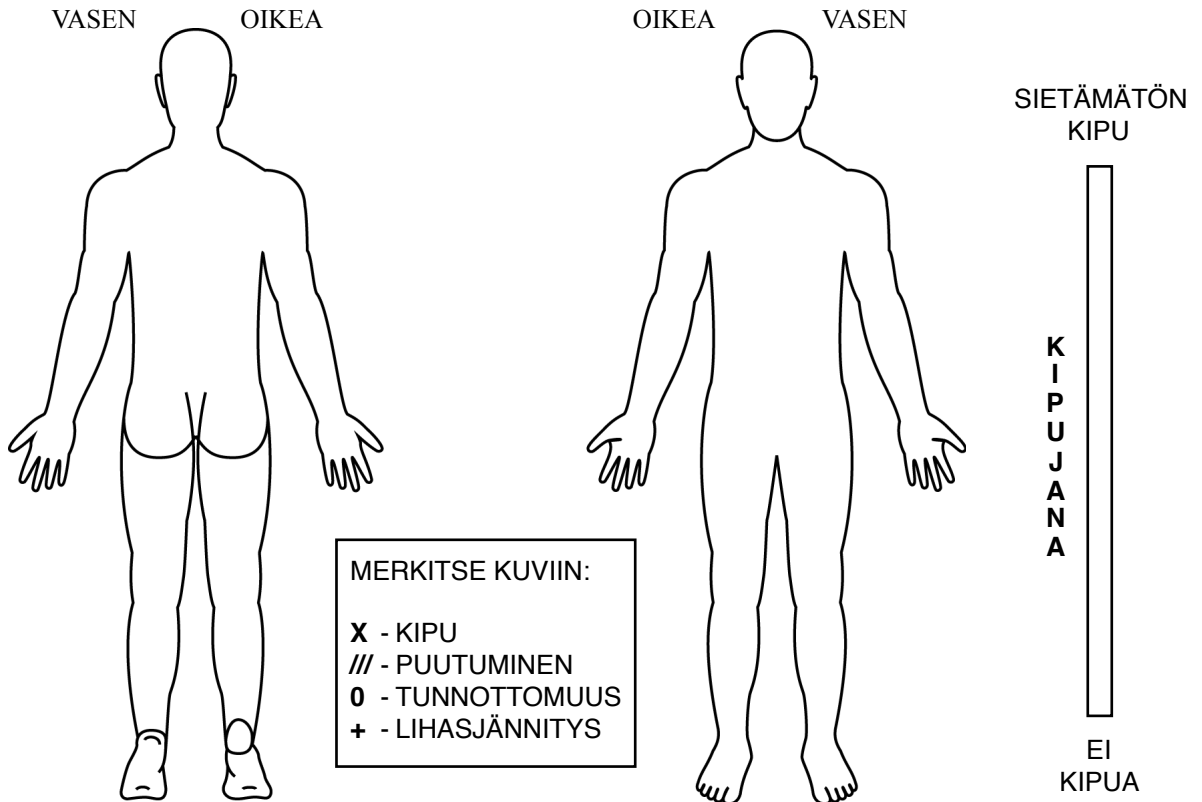
Nimi _____	Syntymäaika _____	Ikä _____		
Lähiosoite _____				
Sähköpostiosoite _____	Puh.nro _____			
Ammatti tai erityisharrastus _____				
Tietojani saa käyttää tutkimuksessa:	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Mies <input type="checkbox"/>	Nainen <input type="checkbox"/>
Tietojani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

