

## ESITIETOJA FYSIOTERAPIAA VARTEN

NIMI \_\_\_\_\_ HENKILÖTUNNUS \_\_\_\_\_

OSOITE \_\_\_\_\_

PUHELIN \_\_\_\_\_ SÄHKÖPOSTI \_\_\_\_\_

Mikäli tulet lääkärin tekemällä hoitomääräyksellä / läheteellä fysioterapiaan (Kelan SV3F) **rastita seuraavista toinen:**

Kela-korvaus vähennetään laskun loppusummasta, laskutus 2 kk välein

Kela-korvausta ei vähennetä laskun loppusummasta

**Hinnasto** löytyy ilmoitustaulultamme – hinta perustuu sekä ajankäyttöön että hoidon vaativuustasoon.

**Toimistomaksu** peritään **jokaisesta laskusta.**

Sairauskassan jäseniltä laskutamme toimistomaksun omavastuulaskun yhteydessä.

- Mikäli joudut perumaan aikasi emmekä ehdi vastaamaan puheluusi, jätä tieto tekstiviestillä numeroon **045 670 1966 tai sähköpostiin info@yfh.fi**
- Käyttämätön terapia-aika laskutetaan kokonaan asiakkaalta, se ei oikeuta sv-korvaukseen
- Terapia-ajan peruuttaminen – mikäli on alle 24 tuntia hoidon alkuun → laskutus 50 % hoidon hinnasta

Huomioithan myös, että laki edellyttää hoitotapahtuman kirjaamista, joten **jokaisen hoitotapahtuman aikana fysioterapeutti kirjaa** tietokoneelle keskitettyyn potilasrekisteriimme antamansa hoidon ja kuvauksen hoidon kulusta. Rekisteri: *Keskitetysti ylläpidetty fysioterapialaitoksen ja itsenäisten ammatinharjoittajien potilasrekisteri*

Olen tutustunut ilmoitustaululta tiedotteeseen ”Informaatio Henkilötietolain (523/99) mukaisesta Potilasrekisterinpidosta” (X- rastita seuraavat, mikäli olet samaa mieltä)

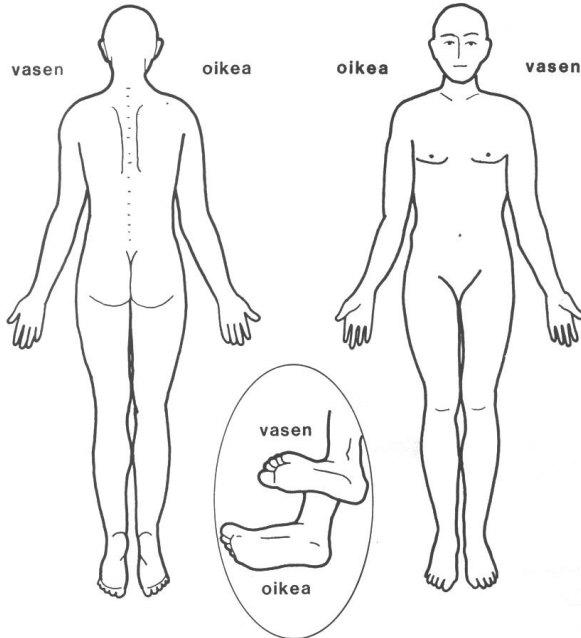
Haluan/ annan luvan, että potilastietoni talletetaan fysioterapialaitoksen keskitettyyn rekisteriin.

Annan suostumukseni tietojeni luovuttamiseen hoitosuhteeni niin edellyttäessä fysioterapiaan osallistuvien ja muiden terveydenhuollon ammatti-henkilöiden välillä.

Annan luvan siihen, että minua hoitanut terapeutti antaa palautteen hoidostani lähetteen antaneelle taholle, mikäli lääkäri on sitä pyytänyt (palaute on maksullinen á 35 euroa)

PVM: \_\_\_\_\_ ALLEKIRJOITUS \_\_\_\_\_

Merkitse alla olevaan ihmishahmoon **XXX** -merkeillä koko "kipeä" alue ja kaikki paikat, missä on ollut kipua tai oireilua (esim. puutumista) **viimeksi kuluneen seitsemän (7) vuorokauden aikana**



Milloin oire alkoi? \_\_\_\_\_

Haittaako oire jatkuvasti (=24h/vrk) vai ajoittain?

Mikä oirettasi pahentaa? \_\_\_\_\_

Mikä helpottaa oireita? \_\_\_\_\_

Ympyröi numero (1- 10) tai rastita viivalle kohta, joka parhaiten vastaa kokemaasi oiretta tai toiminnan rajoitusta **viimeksi kuluneiden seitsemän (7) vuorokauden** aikana. Arvioi oireesi / kipusi voimakkuus asteikolla 1-10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ei lainkaan kipua \_\_\_\_\_ Pahin mahdollinen kipu

Onko sinulla jokin perussairaus? Jos on, niin Mikä? Onko muuta hoidossa huomioitavaa?

FYSIOTERAPEUTTI TÄYTTÄÄ:

Liikeradoista: \_\_\_\_\_

Lihaksista: \_\_\_\_\_