

Nimi:

Puhelinnumero:

Henkilötunnus:

Sähköposti:

Osoite:

Oletko raskaana?      Ei      Kyllä      Raskausviikko:

Oletko synnyttänyt?      Ei      Kyllä

Montako synnytystä sinulla on takana?

Vuosi/Vuodet?      Synnytystapa (alatie, sektio)? \_\_\_\_\_

Imetätkö? \_\_\_\_\_

Jääkö raskausajasta / synnytyksestä jotain, mikä vaikuttaa terveydentilaasi vielä tänä päivänä? \_\_\_\_\_

Onko sinulla viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut jotain seuraavista?

Selkäkipuja	<input type="checkbox"/>	Yhdyntäkipuja	<input type="checkbox"/>
Virtsan/ulosteen/kaasun karkailua	<input type="checkbox"/>	Paineen tunnetta lantionpohjassa	<input type="checkbox"/>
Niska-hartiakipuja	<input type="checkbox"/>	Vaikeutta aktivoida lantionpohja	<input type="checkbox"/>
Pömpöttävä vatsa	<input type="checkbox"/>	Vaikeutta aktivoida keskivartalo	<input type="checkbox"/>

Missä tilanteessa virtsan/kaasun/ulosteen karkailua yleensä esiintyy?

Liikutko säännöllisesti?      Ei      Kyllä

Montako kertaa viikossa ja mitä lajeja harrastat?

Syötkö terveellisesti ja monipuolisesti?      Ei      Kyllä

Saatko mielestäsi riittävästi lepoa?      Ei      Kyllä

Miten olet jaksanut viimeisen kolmen kuukauden aikana? \_\_\_\_\_