

Taustakysely PT-palveluihin

Päivämäärä _____

Nimi _____

Henkilötunnus _____

Osoite _____

Puhelin _____

Sähköposti _____

Liikuntatausta lyhyesti

Mahdolliset vammat, sairaudet ja lääkitys

Tavoitteet

Realistinen liikuntamäärä

____ tapaamista PT:n kanssa/vko

____ treenikertaa kokonaisuudessaan/vko

Arvioi asteikolla 0-10, millä tasolla seuraavat osa-alueet mielestäsi kohdallasi ovat
(0 = erittäin huonolla tasolla, 10 = loistavalla tasolla)

	Uni	Ravinto	Tämänhetkinen elämäntyyli	Liikunta kokonaisuudessaan	Lihaskunto	Liikkuvuus	Kestävyyskunto
0-10							