

Pyydämme teitä täyttämään tämän esitietolomakkeen. Tietoja tarvitaan hoitonne suunnittelussa ja toteutuksessa.

Nimi:	
Henkilötunnus:	
Osoite:	
Postinumero:	Postitoimipaikka:
Puhelin:	Ammatti:
Sähköpostiosoite:	
Lähiomainen (alle 18-vuotiaan tai huollettavan):	
Lähiomaisen puhelinnumero:	
Lähiomaisen s-postiosoite:	

Käytössä olevat lääkkeet:

Lääkkeen nimi ja vahvuus:	Annos ja aloitusvuosi:

Lääkeaineallergiat:
Muut allergiat:

Pituus:	Paino:
---------	--------

Onko teillä tällä hetkellä tai aikaisemmin ollut jokin allaoleviin sairausryhmiin kuuluva sairaus? Jos on, niin ilmoittakaa diagnoosi (jos tiedossa) tai kuvailekaa sairautta omin sanoin

- Hermoston sairaus:
- Ihosairaus:
- Keuhkosairaus:
- Kilpirauhassairaus:
- Korvasairaus tai kuulon aleneminen:
- Vatsan alueen tai suoliston sairaus:
- Munuaissairaus:
- Virtsaelinten sairaus:
- Nivelreuma tai muu reumasairaus:
- Verenvuototaipumus:
- Syöpäsairaus:
- Mielenterveyden häiriö tai sairaus:
- Silmäsairaus:
- Sokeritauti:
- Sydän- ja verenkiertoelimistön sairaus:
- Tuki- ja liikuntaelinsairaus:
- Usein toistuva päänsärky tai migreeni:
- Anemia tai verisairaus:
- Muu sairaus:

Onko teillä tai oletteko sairastanut veriteitse tarttuvaa tautia (HIV, hepatiitti)?

Onko teillä ollut jokin muu tarttuva tauti tai tiedossa oleva altistus (MRSA, tuberkuloosi)?

Oletteko viimeisen puolen vuoden aikana ollut sairaalahoitossa ulkomailla?

Paikka

Päivämäärä

Allekirjoitus

Nimenselvennys
