



SUKUNIMI (MYÖS ENTISET)	HENKILÖTUNNUS	KOTIKUNTA
ETUNIMET	KOTIPUHELIN	MATKAPUHELIN
LÄHIOSOITE	POSTINUMERO	POSTITOIMIPAIKKA
TYÖ-/OPISKELUPAIKKA	TYÖPUHELIN	AMMATTI

YLEISTERVEYS					
	KYLLÄ	EI		KYLLÄ	EI
Onko terveyttenne nyt hyvä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oletteko raskaana? laskettu aika _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletteko ollut jatkuvassa lääkärin tai sairaalahoidossa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oletteko allerginen jollekin lääke- tai muulle aineelle? (esim. penisilliini, sulfa, aspiriini, jodi, jokin ruoka-aine, kumi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onko teillä lääkehoitoa? MITÄ LÄÄKETTÄ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MILLE? _____		
_____			_____		
_____			_____		
Onko teille käytetty paikallispuudutusta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oletteko saanut sädehoitoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onko siitä ollut ikävyyksiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tupakoittekko?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SAIRAUDET					
Onko teillä jokin seuraavista sairauksista:					
	KYLLÄ	EI		KYLLÄ	EI
Sydän- tai verisuonisairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatiitti B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kohonnut verenpaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatiitti C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veritauti, anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV-infektio (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taipumus verenvuotoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sokeritauti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psyykinen sairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toistuva päänsärky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kilpirauhasen sairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tekonivel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Munuaissairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sydämen tahdistin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maksasairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sydämen tekoläppä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muu yleissairaus,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mikä? _____		

Miksi hakeudutte hoitoon?

Muuta huomioitavaa (esim. leikkaukset, sairaalahoidot tms.)

Päiväys _____ Allekirjoitus _____