

Esitietolomake

Vastauksenne ovat luottamuksellisia ja hoidon suunnittelun kannalta tärkeitä.

Henkilötiedot

Nimi _____

Henkilötunnus _____

Puhelin _____

Ammatti _____

Osoite _____

Työpaikka _____

Postinumero- ja toimipaikka _____

Yleisterveys

	Kyllä	Ei
Käytättekö lääkkeitä säännöllisesti? Mitä? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onko käytössäsi verenohennus- tai biologinen lääke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onko teillä allergioita jollekin lääke- tai muulle aineelle? Mille? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onko teitä puudutettu? - Onko siitä aiheutunut haittaa? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletteko saaneet sädehoitoa pään tai kaulan alueelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tupakoittekö?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käytättekö nuuskaa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletteko raskaana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Onko teillä jokin seuraavista sairauksista?:

	Kyllä	Ei		Kyllä	Ei
Sydän- tai verisuonisairaus - Mikä? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumaattinen kuume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verenpainetauti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes, tyyppi 1:___ tyyppi 2:___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keuhkosairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veritauti, anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vatsahaava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatiitti tai muu maksasairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Munuaissairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verenvuototaipumus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psyykinen sairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sairaalabakteeri (esim. MRSA, ESBL, VRE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kilpirauhassairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tekonivel, mikä? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toistuva päänsärky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muu sairaus, mikä? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Syöpä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Elinsiirto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Päiväys _____

Allekirjoitus _____