

**ESITIETOLOMAKE**

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

Nimi:	
Henkilötunnus:	
Osoite:	
Postinumero:	Postitoimipaikka:
Puhelin:	Ammatti:
Sähköpostiosoite:	
Lähiomainen:	
Lähiomaisen puhelinnumero:	
Lähiomaisen sähköpostiosoite:	

Käytössäne olevat lääkkeet:

Lääkkeen nimi ja vahvuus:	Annostus ja aloitusvuosi:

Lääkeaine allergiat:
Muut allergiat:

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

Onko teillä tällä hetkellä tai aikaisemmin ollut jokin alla oleviin 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, Covid-19)?

Oletteko viimeisen puolen vuoden aikana ollut sairaalahoidossa ulkomailla?

Paikka _____ **Päivänmäärä** ____ . ____ . 20 ____

Allekirjoitus: _____ **Nimenselvennys:** _____