



Täytättehän esitetietolomakkeen huolellisesti, tiedot ovat vain KaunialaKlinikalla hoitoonne osallistuvan henkilökunnan käyttöön

Nimi:

Henkilötunnus:

Puhelinnumero:

Osoite:

Lähiomainen:

Terveystiedot:

Pituus: _____ cm

Paino: _____ kg

Säännöllinen lääkityksenne ja annostus:

Aikaisemmat sairaalakäynnit/leikkaukset/vuosi:

Onko teillä allergioita?

ei kyllä _____

Onko teillä jokin ihosairaus

ei kyllä _____

Onko Teillä jokin erityisruokavalio *

ei kyllä _____

Onko Teillä verenpainetauti

ei kyllä _____



Täytättehän esitietolomakkeen huolellisesti, tiedot ovat vain KaunialaKlinikalla hoitoonne osallistuvan henkilökunnan käyttöön

Onko Teillä /onko teillä ollut aivoverenkiertohäiriö?

ei kyllä _____

Onko Teillä sydänsairaus? (rintakipu, vajaatoiminta, sairastettu infarkti, rytmihäiriö)

ei kyllä _____

Onko Teillä keuhkosairaus? (astma, copd)

ei kyllä _____

Onko Teillä jokin ruuansulatuselimistön sairaus? (vatsahaava, divertikkelit, Crohn, Colitis ulcerosa)

ei kyllä _____

Onko Teillä ollut laskimo- tai keuhkoveritulppa?

ei kyllä _____

Onko Teillä hyttymishäiriö / verenvuototaipumus?

ei kyllä _____

Onko Teillä maksa- tai munuaissairaus?

ei kyllä _____

Onko Teillä diabetes?

ei kyllä _____

Onko Teillä kilpirauhassairaus?

ei kyllä _____

Onko Teillä neurologinen sairaus?

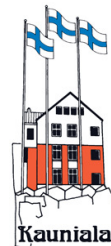
ei kyllä _____

Onko Teillä nivelreuma?

ei kyllä _____

Onko Teillä / onko Teillä ollut pahanlaatuinen kasvain?

ei kyllä _____



Täytättehän esitetietolomakkeen huolellisesti, tiedot ovat vain KaunialaKlinikalla hoitoonne osallistuvan henkilökunnan käyttöön

Onko Teillä psykiatrinen sairaus/mielenterveysongelma?

ei kyllä _____

Onko Teillä jokin veritartuntasairaus? (esim. HIV, hepatiitti)

ei kyllä _____

Onko Teillä tai samassa taloudessa asuvalla läheisellänne todettu MRSA, VRE, ESBL –
sairaalabakteeri?

ei kyllä _____

Onko Teillä jokin muu sairaus?

Onko Teillä keinoläppä, sydämen tahdistin tai tekonivel?

ei kyllä _____

Onko Teillä rasituksessa rintakipuja tai hengenahdistusta?

ei kyllä _____

Koetteko, että vointinne on heikentynyt viimeisen puolen vuoden aikana?

ei kyllä _____

Tupakoitteko?

ei kyllä _____

Käytättekö päihteitä?

ei kyllä _____

Muu lisätieto, jonka haluatte esittää:

Kauniainen pvm _____/_____/20_____

Allekirjoitus ja nimenselvennys