

Sukunimi, myös ent.	Etunimet
Henkilötunnus	Kotikunta
Osoite	
Puhelin	<input type="checkbox"/> Sotaveteraani / rintamatunnus
Ammatti	<input type="checkbox"/> Opiskelija
<b>Alle 18-vuotias</b>	
Äidin/huoltajan nimi	Puh.koti/työ
Isän/huoltajan nimi	Puh.koti/työ

Säännöllinen lääkitys. Myös mahdolliset pistoksena annettavat lääkkeet esim. osteoporoosiin.

---



---

Olen kotihoidon asiakas  
 Olen raskaana, laskettu aika \_\_\_\_\_  Imetän  
 Puudutuksesta on ollut haittavaikutuksia, millaisia? \_\_\_\_\_  
 Allergiat (esim. penisilliini, aspiriini, kumi), mikä \_\_\_\_\_  
 Tupakoin/käytän nuuskaa/ sähkötupakkaa  Käytän huumeita

#### ONKO TEILLÄ TAI ONKO TEILLÄ OLLUT JOKIN SEURAAVISTA SAIRAUKSISTA?

<input type="checkbox"/> Sydän – tai verisuonisairaus	<input type="checkbox"/> Osteoporoosi
<input type="checkbox"/> Tahdistin, tekoläppä	<input type="checkbox"/> Maksasairaus
<input type="checkbox"/> Kohonnut verenpaine	<input type="checkbox"/> Munuaissairaus
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Neurologinen sairaus, epilepsia
<input type="checkbox"/> Hengityselinsairaus, astma	<input type="checkbox"/> Toistuva päänsärky
<input type="checkbox"/> Reumasairaus tai reumaattinen kuume	<input type="checkbox"/> Psykkinen sairaus
<input type="checkbox"/> Mahahaava, suolistosairaus	<input type="checkbox"/> Ihosairaus
<input type="checkbox"/> Tuki- ja liikuntaelinsairaus/ nivelrikko	<input type="checkbox"/> Huomattavasti heikentynyt näkö, kuulo
<input type="checkbox"/> Sidekudossairaus	<input type="checkbox"/> Elinsiirto
<input type="checkbox"/> Kehitysvammaisuus, autismi	<input type="checkbox"/> Kilpirauhasen sairaus
<input type="checkbox"/> Tartuntatauti, esim. hepatiitti, HIV, MRSA, ESBL, tuberkuloosi, muu mikä? _____	
<input type="checkbox"/> Veritauti/ anemia/ taipumus verenvuotoon, millainen? _____	
<input type="checkbox"/> Syöpäsairaus / aiemmin hoidettu syöpäsairaus	
<input type="checkbox"/> Olen saanut sädehoitoa ja/tai sytostaattihoitoa, milloin? _____	
<input type="checkbox"/> Tekonivel, verisuoniproteesi, muu keinomateriaali esim. titaaniruuvi	
<input type="checkbox"/> Leikkaukset, mikä? _____	
<input type="checkbox"/> Muu sairaus, mikä? _____	
<input type="checkbox"/> Ei mitään yllämainituista, olen terve	

Syy hoitoon tuloon: \_\_\_\_\_

Suostun, että hammashoitola saa lähettää minulle muistutuksia/peruutuksia tekstiviestillä

Henkilötietolain (523/1999) mukainen informointi:  
 Henkilötietonne tallennetaan potilasrekisteriimme. Henkilötiedot ovat salassa pidettäviä ja niitä luovutetaan vain lakiin perustuen tai luvallanne.  
 Rekisteriseloste on saatavilla [www.kerava.fi](http://www.kerava.fi) sekä toimipisteissämme.

Päivämäärä \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_

Allekirjoitus \_\_\_\_\_