**PERUSTIEDOT**  
  
Jotta voimme luotettavasti arvioida hoidon tarpeen, kiireellisyyden, parhaan hoitovaihtoehdon ja kustannukset, tarvitsemme aina alla olevat tiedot:

Nimi:

Osoite:

Henkilötunnus:

Sukupuoli:

Email:

Puhelin:

Äidinkieli:  Suomi  Ruotsi  Muu, mikä?

Maksaja:

Hoidettavan sairauden diagnoosi:   Ei tiedossa

Suunniteltu toimenpide:  Kirjoita tähän  Ei tiedossa

Hoidon kiireellisyys:  Päivien kuluessa  Viikkojen kuluessa

Muut sairaudet:  Kirjoita tähän  Ei ole (perusterve)

Yleistila:

Säännöllinen lääkitys:  Kirjoita tähän  Ei ole

Luontaistuotevalmisteet:  Kirjoita tähän  Ei ole

Allergiat:  Kirjoita tähän  Ei ole

Aiemmat leikkaukset:  Kirjoita tähän  Ei ole

Ongelmat anestesiassa:  Kirjoita tähän  Ei ole

Tupakoi:  Kyllä    savuketta päivittäin  Ei

Pituus:       cm

Paino:       kg

Oletko ollut sairaalahoidossa viim. 12 kk aikana:  En  Kyllä

Missä nykyinen sairaus on diagnosoitu: Kirjoita tähän sairaalan/yrityksen nimi

Lääkärin nimi: Kirjoita tähän

Lääkärin sähköpostiosoite tai puhelin : Kirjoita tähän

Annan HYKSin:lle luvan pyytää aiemmat tiedot:  Kyllä  En

Minulla on itsestäni seuraavia tietoja:  Laboratoriotulokset

Röntgen-, tms. kuvat

Potilaskertomuskopiot

Ei mitään tietoja