

TIETOJA KÄYTETÄÄN HOITONNE SUUNNITTELUUN. TÄYTTÄKÄÄ LOMAKE HUOLELLISESTI.

Henkilötiedot (vanhempi/huoltaja täyttää)		
Nimi (sukunimi, etunimet)	Henkilötunnus	Puhelin
Osoite	Postinumero	Postitoimipaikka
Pituus	Paino	Voiko tiedustelun ajanvarauksen sopivuudesta lähettää vanhemmalle tekstiviestinä? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Matkapuhelinnumero _____
Allergiat		
Onko lapsellanne ollut <u>lääkkeistä</u> johtuvia allergisia oireita, jotka ovat edellyttäneet hoitoa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Jos kyllä, mistä lääkkeestä, mitä oireita? _____		
Onko lapsenne allerginen lateksille / kumille? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		
Onko lapsenne allerginen jollekin ruoka-aineelle? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Jos kyllä, mille? _____		
Lääkitys		
Säännöllisesti käytetyt lääkkeet, niiden vahvuudet ja annokset:		
Satunnaisesti käytetyt lääkkeet, niiden vahvuudet ja annokset:		

Sairaudet		
Valitkaa seuraavista ne sairaudet, joita lapsellanne on nyt tai on ollut aiemmin.		
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Epilepsia tai tajuttomuuskohtaus	<input type="checkbox"/> Verenvuototaipumus
<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Nivelreuma	<input type="checkbox"/> Tarttuva tauti, mikä? _____
<input type="checkbox"/> Muu keuhkosairaus, mikä? _____	<input type="checkbox"/> Munuaissairaus, mikä? _____	<input type="checkbox"/> Muu lääkitystä tai hoitoa vaativa sairaus, mikä? _____
<input type="checkbox"/> Sydänsairaus, mikä? _____	<input type="checkbox"/> Lihassairaus, mikä? _____	<input type="checkbox"/> Matkapahoinvointia
Aikaisemmat leikkaukset		
Vuosi, leikkaus, nukutus/puudutus:		
Onko lapsellanne ollut aikaisempien nukutusten ja/tai puudutusten yhteydessä <input type="checkbox"/> pahoinvointia <input type="checkbox"/> hengityksen ongelmia, mitä? _____ <input type="checkbox"/> muita ongelmia, mitä? _____		
Onko lapsenne lähisukulaisilla ollut ongelmia nukutukseen/puudutukseen liittyen? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Jos kyllä, mitä? _____		

Edellä olevan vakuutan oikeaksi.

_____ / _____ 20 _____

 Huoltajan allekirjoitus