

Satunnaisesti käyttämäne lääkkeet (lääkkeen nimi, vahvuus ja annostus):

Sairaudet

Valitkaa seuraavista ne sairaudet, joita Teillä on nyt tai on ollut aiemmin.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sepelvaltimotauti | <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Lihassairaus, mikä? |
| <input type="checkbox"/> Sydämen keinoläppä | <input type="checkbox"/> Keuhkohtaumatauti | <input type="checkbox"/> Valtimoverenkierron tukos |
| <input type="checkbox"/> Sydäntahdistin | <input type="checkbox"/> Muu keuhkosairaus, mikä? _____ | <input type="checkbox"/> Laskimotukos |
| <input type="checkbox"/> Sydäninfarkti, vuonna ____ | <input type="checkbox"/> Uniapneatauti | <input type="checkbox"/> Verenvuototaipumus |
| <input type="checkbox"/> Ohitusleikkaus tai pallolaajennus vuonna ____ | <input type="checkbox"/> Epilepsia tai tajuttomuuskohtaus | <input type="checkbox"/> Kehitysvamma, mikä? |
| <input type="checkbox"/> Sydämen läppävika tai rakenteellinen vika | <input type="checkbox"/> Sairastettu aivohalvaus | <input type="checkbox"/> Selkäsairaus, mikä? |
| <input type="checkbox"/> Sydämen rytmihäiriö | <input type="checkbox"/> Muistisairaus (esim. Alzheimer) | <input type="checkbox"/> Mielenterveysongelma, mikä? _____ |
| <input type="checkbox"/> Muu hoitoa vaativa sydänsairaus, mikä? | <input type="checkbox"/> Muu neurologinen sairaus, mikä? | <input type="checkbox"/> Virtsaamisvaikeuksia, minkälaisia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Verenpainetauti | <input type="checkbox"/> Nivelreuma | <input type="checkbox"/> Tarttuva tauti, mikä? |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Munuaissairaus, mikä? | <input type="checkbox"/> Matkapahoinvointia |
| | <input type="checkbox"/> Maksakirroosi tai muu maksasairaus | <input type="checkbox"/> Muu lääkitystä tai hoitoa vaativa sairaus, mikä? |

Aikaisemmat leikkaukset

Vuosi, leikkaus, nukutus/puudutus:

Onko Teillä ollut aikaisempien nukutusten ja/tai puudutusten yhteydessä

- pahoinvointia
- voimakasta tai pitkittynyttä kipua leikkauksen jälkeen
- hengityksen ongelmia, mitä? _____
- muita ongelmia, mitä? _____

Onko lähisukulaisillanne ollut ongelmia nukutukseen/puudutukseen liittyen?

- kyllä ei Jos kyllä, mitä? _____

Voiko tiedustelun ajanvarauksen sopivuudesta lähettää Teille tekstiviestinä?

- kyllä ei matkapuhelinnumero _____

Käytättekö jotain apuvälinettä (esim. kuulolaite, pyörätuoli, jokin hengityksen apuväline jne.)?

- kyllä ei Jos käytätte, mitä? _____

Edellä olevan vakuutan oikeaksi.

_____ / _____ 20 _____

Allekirjoitus