Päiväys	Etu- ja sukunimi
Henkilötunnus	Sukupuoli
Puhelinnumero	Sähköposti

Täydennä seuraavat tiedot

Pituus (cm)	Paino (kg)

Merkitse, jos sinulla on todettu jokin seuraavista sairauksista tai vaivoista.
Lisäksi kirjaa lisätietokenttään käytössäsi olevat lääkkeet ja niiden annostus.

☐	Kohonnut verenpaine	
☐	Sydän- tai muu verenkiertoelimistön sairaus	
☐	Diabetes tai kohonnut veren sokeriarvo	
☐	Hermoston sairaus tai päänsärky	
☐	Psyykkinen sairaus	
☐	Mahasuolikanavan sairaus	
☐	Tuki- ja liikuntaelimistön sairaus	
☐	Virtsaelinsairaus	
☐	Silmiin tai kuuloon liittyvä sairaus	
☐	Syöpä	
☐	Ihosairaus	
☐	Allergia tai yliherkkyys	
☐	Muu sairaus tai vaiva	

Esiintyykö lähisuvussasi jotain sairauksia?

_____

Seuraavat kysymykset antavat lääkärille tärkeää lisätietoa	**Kyllä**	**Ei**
Onko sinulla jokin liikunnallinen harrastus?	☐	☐
Oletko nukkunut mielestäsi hyvin viimeksi kuluneen kuukauden aikana?	☐	☐
Tunnetko itsesi uupuneeksi tai uneliaaksi päiväsaikaan?	☐	☐
Syötkö mielestäsi säännöllisesti ja terveellisesti?	☐	☐
Oletko mielestäsi stressaantunut?	☐	☐
Onko yksinäisyys, alakuloinen tai ahdistunut mieliala haitannut sinua?	☐	☐
Tupakoitko, poltatko piippua, käytätkö nuuskaa tai muita päihteitä?	☐	☐
Oletko huolissasi alkoholin käytöstäsi?	☐	☐
Oletko huolissasi tai ovatko läheisesi huolissasi muististasi?	☐	☐
Oletko käynyt hammaslääkärin tekemässä suun ja hampaiden tutkimuksessa (hammastarkastuksessa) viimeisen kahden vuoden aikana?	☐	☐
Koetko elämäsi eri osa-alueiden olevan tasapainossa (esim. perhe/ystävät/harrastukset/työ)?	☐	☐
Onko sinulla kysyttävää seksuaalisuuteen liittyvistä asioista (esim. haluttomuus, erektiohäiriö)?	☐	☐

Mistä terveyteesi tai hyvinvointiisi liittyvästä asiasta haluaisit keskustella lääkärin kanssa?

_____

_____