

Utredning av hälsotillstånd / Terveystilanne / Health situation

Namn / Nimi / Name: _____

Socialskyddssignum / Henkilötunnus / Social security number: _____

Telefonnummer / Puhelinnumero / Phone number: _____

Lider ni för tillfället av någon av följande tillstånd?

Käristtekö tällä hetkellä seuraavista oireista?

Do you have any of these symptoms?

	Ja/Kyllä/Yes	Nej/Ei/No
• Feber / Kuume / Fever	()	()
• Inflammation / Tulehdus / Inflammation	()	()
• Infektion i huden / Ihon infektio / Skin infection	()	()
• Akut skada / Akuutti vamma / Injury	()	()

Har hos er konstaterats någon av följande sjukdomar?

Onko seuraavia sairauksia todettu teillä?

Do you have or have you had any of these diseases below?

• Hjärt- och kärlsjukdomar / Sydän- ja verisuonisairaus / Heart- and vascular diseases	()	()
• Åderbråck / Suonikohju / Varicose	()	()
• Cancer / Syöpä / Cancer	()	()
• Hudsjukdomar / Ihon sairaudet / Skin diseases	()	()
• Blödarsjuka / Verenvuototauti / Haemophilia	()	()
• Förstorade lymfknotor / Paisuneet imusolut / Enlarged lymph nodes	()	()
• Bråck / Tyrä / Hernia	()	()
• Blodpropp / Veritulppa / Thrombus	()	()
• Spastisk förlamning (MS, Paraplegi mm.) / Spastinen halvaantuminen / Spastic paralysis	()	()
• Ryggskador / Selkävammoja / Back injuries	()	()

Härmed intygar jag att ovan nämnda uppgifter är korrekta och ger tillstånd till att mina uppgifter sparas i journalprogrammet Acute.

Vakuutan että yllämainitut tiedot ovat oikeita ja annan lupaa että potilastiedot tallenetaan potilasjärjestelmään Acute.

I confirm that above-mentioned information are correct and I agree that my care journal is stored in the journalsoftware Acute.

Datum / Päivämäärä / Date: ____ / ____ - 20____

Underskrift / Allekirjoitus / Signature