

Kaikki antamasi tiedot ovat luottamuksellisia ja ovat vain HyMy-kylän sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden käytössä.

HENKILÖ- JA YHTEYSTIEDOT

| | |
|--|-------------------|
| SUKUNIMI: | _____ |
| ETUNIMET: | _____ |
| HENKILÖTUNNUS: | _____ |
| KATUOSOITE: | _____ |
| POSTINUMERO JA KAUPUNKI: | _____ |
| PUHELINNUMERO: | _____ |
| SÄHKÖPOSTIOSOITE: | _____ |
| ALAIKÄISEN HUOLTAJATIETO: | _____ |
| ASIOINTIKIELI: | _____ |
| HYMY-KYLÄ TÄYTTÄÄ: HENKILÖLLISYYS ON TARKISTETTU | ___ . ___ . 20___ |

SUOSTUMUKSET

- Tietojani, joista henkilötietoni ja muut tunnistetiedot ovat poistettu, saa käyttää HyMy-kylän toimintojen kehittämiseen sekä tutkimiseen. Suostumukseni koskee tutkijoita sekä niitä opinnäytetyön tekijöitä, jotka ovat opettajien tai tutkijoiden ohjauksessa.
- Minuun saa olla yhteydessä mahdollisuudesta osallistua HyMy-kylässä tehtävään tieteelliseen tai soveltavaan tutkimukseen.
- Minulle saa lähettää sähköpostitse HyMy-kylän palveluiden ja tuotteiden markkinointiviestejä. Tietoja ei koskaan luovuteta kolmansille osapuolille.



TERVEYDENTILAA KOSKEVAT TAUSTATIEDOT

Kirjoita vastaukset alla oleviin kysymyksiin huolellisesti.

| | |
|--|--|
| DIAGNOSOIDUT SAIRAUDET: | |
| (DIAGNOOSI JA VUOSI) | _____ |
| TEHDYT LEIKKAUKSET: | |
| (TOIMENPIDE JA VUOSI) | _____ |
| KÄYTÖSSÄ OLEVAT LÄÄKKEET JA LUONTAISTUOTTEET: | _____ |
| TODETUT ALLERGIAT JA YLIHERKKYYDET: | _____ |
| KEHOSSA OLEVAT VIERASESINEET: | <input type="checkbox"/> SYDÄMENTAHDISTIN <input type="checkbox"/> TEKONIVEL <input type="checkbox"/> METALLIA KEHOSSA <input type="checkbox"/> MUU, MIKÄ |
| HOIDOSSA HUOMIOITAVAT TARTTUVAT TAUDIT: | <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HEPATIITTI B/C <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> MUU, MIKÄ |
| MUUTA HOIDOSSA HUOMIOITAVAA? | |

Päiväys ___/___20__

Allekirjoitus tai hoitajan allekirjoitus

