

Terviseküsitlus

Kuupäev

ISIKUANDMED

1. Nimi:	2. Sünniaeg:	3. Sünnimaa: 4. Sünnikoht:
5. Aadress Soomes:		6. Telefon:
7. Kindlustus: Ei <input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/>	8. Kindlustusettevõtte nimi:	
9. Lähisugulane või kontaktisik:	10. Telefon:	
11. Kool / õppesuund / peaaaine:	12. Õpingute alustamise kuupäev:	
	13. Eeldatav õpingute lõpp:	

TERVIS

14. Tervislik seisund:	Hea <input type="checkbox"/>	Keskmine <input type="checkbox"/>	Halb <input type="checkbox"/>
15. Kas Teil on kroonilisi haigusi?	Ei <input type="checkbox"/>	Jah <input type="checkbox"/>	Kui "Jah", siis milliseid?
16. Kas Teil on maksahaigus, hepatiit?	Ei <input type="checkbox"/>	Jah <input type="checkbox"/>	Kui "Jah", siis milline?
17. Kas Teil on HIV?	Ei <input type="checkbox"/>	Jah <input type="checkbox"/>	
18. Kas Te suitsetate või kasutate tubakatooteid?	Ei <input type="checkbox"/>	Jah <input type="checkbox"/>	Kui "Jah", siis milliseid ja kui palju?
19. Kas Te tarvitate alkoholi või muid uimasteid?	Ei <input type="checkbox"/>	Jah <input type="checkbox"/>	Kui "Jah", siis milliseid ja kui palju?
20. Varasemad haiglaravid või lõikused?	Ei <input type="checkbox"/>	Jah <input type="checkbox"/>	Kui "Jah", siis millised?
21. Allergilised reaktsioonid ravimitele?	Ei <input type="checkbox"/>	Jah <input type="checkbox"/>	Kui "Jah", siis mis ravimitele?
22. Kas Teil on olnud tuberkuloos?	Ei <input type="checkbox"/>	Jah <input type="checkbox"/>	Kui "Jah", siis millal?
23. Kas Te olete saanud kunagi ravi tuberkuloosi vastu?	Ei <input type="checkbox"/>	Jah <input type="checkbox"/>	Kui "Jah", siis millal? Mis ravimid?
24. Kas Teie lähikondlastel (samas majapidamises elavad) on olnud tuberkuloosi?	Ei <input type="checkbox"/>	Jah <input type="checkbox"/>	
Kas Teil on nüüd või on kunagi varem olnud järgmisi haigusnähtusi:	Kui "Jah", palun täpsustage (näiteks millal olnud, kas on ka praegu, kas haigusnähtuse põhjus on leitud) :		
25. Mitmeid nädalaid kestnud köha	Ei <input type="checkbox"/>	Jah <input type="checkbox"/>	
26. Rõgane köha või vereköha	Ei <input type="checkbox"/>	Jah <input type="checkbox"/>	
27. Tahtmatu kõhnumine	Ei <input type="checkbox"/>	Jah <input type="checkbox"/>	
28. Õine higistamine	Ei <input type="checkbox"/>	Jah <input type="checkbox"/>	
29. Kauakestev palavik	Ei <input type="checkbox"/>	Jah <input type="checkbox"/>	
30. Lümfisõlmede (kaelal, kaenla all, kubeme piirkonnas) paistetused, valu või erite	Ei <input type="checkbox"/>	Jah <input type="checkbox"/>	

RAVIMID, VAKTSINEERIMISED

31. Kas Te kasutate retseptiravimeid?	Ei <input type="checkbox"/>	Jah <input type="checkbox"/>	Kui "Jah", siis milliseid?
Kas Teid on vaksineeritud järgmiste haiguste vastu:			
32. Lastehalvatus	33. Teetanus/ difteeria		34. Leetrid/ mumps/ punetised
Ei <input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Mis aastal?	Ei <input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Mis aastal?		Ei <input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Mis aastal?
35. Kas Te olete leetrid põdenud?	Ei <input type="checkbox"/>	Jah <input type="checkbox"/>	
36. Kas Te olete mumps põdenud?	Ei <input type="checkbox"/>	Jah <input type="checkbox"/>	
37. Kas Te olete punetisi põdenud?	Ei <input type="checkbox"/>	Jah <input type="checkbox"/>	