

Förfrågan om hälsotillstånd Datum

PERSONUPPGIFTER

1. Namn:	2. Födelsedatum:	3. Födelse land: 4. Födelseort:
5. Adress i Finland:		6. Telefon:
7. Försäkring: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		8. Försäkringsbolagets namn:
9. Nära släkting eller kontaktperson:		10. Telefon:
11. Skola / studielinje / huvudämne:		12. Datum då studierna inleddes: 13. Planerad examensdag:

HÄLSA

14. Hälsotillstånd:	Gott <input type="checkbox"/>	Medelgott <input type="checkbox"/>	Dåligt <input type="checkbox"/>
15. Har du långvariga sjukdomar?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vad?
16. Har du leversjukdom, hepatit?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vad?
17. Har du HIV?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
18. Röker du eller använder du tobaksprodukter?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vad och hur mycket?
19. Använder du alkohol eller andra rusmedel?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vad och hur mycket?
20. Tidigare sjukhusbehandlingar eller operationer?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Hurdana?
21. Allergiska reaktioner mot läkemedel?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Mot vilka läkemedel?
22. Har du haft tuberkulos?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	När?
23. Har du fått medicinering mot tuberkulos?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	När? Vilken medicinering?
24. Har det funnits tuberkulos i den närmaste kretsen (som bott i samma hushåll)?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Har du nu eller tidigare haft följande symptom: Om ja, så lämna tilläggsuppgifter (t.ex. när du har haft symptom, har du symptom nu, har orsak till besvär hittats):			
25. Hosta som varat i flera veckor	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
26. Slemmiga upphostningar eller blodig hosta	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
27. Oavsiktlig viktnedgång	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
28. Nattnliga svettningar	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
29. Långvarig feber	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
30. Svullnad, smärta eller sekret på lymfkörtlarna (hals, armhåla, ljumskveck)	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	

MEDICINERING, VACCINATIONER

31. Använder du receptmedicin?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vad?
Har du fått följande vaccinationer:			
32. Polio Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , när?	33. Stelkramp/difteri Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , när?	34. Mässling/påssjuka/röda hund Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , när?	
35. Har du haft mässlingen?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
36. Har du haft påssjukan?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
37. Har du haft röda hund?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	