

**POTILAAN TAUSTATIEDOT NUKUTUSLÄÄKÄRIÄ VARTEN**

**Nimi** \_\_\_\_\_

**Syntymäaika** \_\_\_\_\_

**Ikä** \_\_\_\_\_ **Pituus** \_\_\_\_\_ **Paino** \_\_\_\_\_

**Puhelinnumerot, kotiin** \_\_\_\_\_ **töihin** \_\_\_\_\_

**Osoite** \_\_\_\_\_

Jatka vastauksia tarvittaessa kääntöpuolella.

- |   | Kyllä                    | Ei                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Onko sinua hoidettu aikaisemmin sairaalassa?<br>Minkä vuoksi?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Onko sinut leikattu tai nukutettu aikaisemmin?<br>Mitä leikkauksia?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Onko nukuttamiseen liittynyt ongelmia?<br>Minkälaisia?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Onko sinulla tai lähisukulaisilla verenvuototaipumusta?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Onko sinulla pitkäaikaisia sairauksia, säännöllistä lääkitystä?<br>Mitä? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Onko sinulla allergiaa, yliherkkyyttä?<br>Mille?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Saatto parhaillaan lääkettä?<br>Mitä lääkettä?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Onko sinulla viime päivinä ollut kuumetta tai yskää?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Seikkoja, jotka haluatte nukutuslääkärin ottavan huomioon                |                          |                          |

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Yhteystiedot**

Korvalääkärikeskus Aino, Järnefeltinkatu 1, 04400 Järvenpää, p. 09-83 66 550  
Miikka Peltomaa, LKT, korva- nenä ja kurkkutautien erikoislääkäri, p. **0400-787 190**  
miikka.peltomaa@iki.fi