

Lisää päiväys tähän.

Oletteko ystävällinen ja täytätte tämän lomakkeen ja tuotte mukanaan.

Nimi ja henkilötunnus: _____

Pituus _____ cm Paino _____ kg

Hampaat: kiinteät ____ proteesit ____ hoidetut ____

Hammaslääkäri/hammashoitola, jossa käytte: _____

Varjoaineyliherkkyys/jodiallergia:

Lääkeaineallergiat:

Oletteko raskaana: ____ kyllä ____ ei

Kotilääkitys

Lääkkeen nimi	vahvuus	montako päivässä

Sairausloman tarve: ____ kyllä ____ ei Matkakorvaushakemus: kyllä ____ ei ____

Lähiomaisen nimi ja puhelinnumero:

Jos tehdään pallolaajennus, onko kotona seurana joku muu aikuinen?: kyllä__ ei__

Päivämäärä ja tietojen antajan allekirjoitus:
