

Yhteystietonne

Päivämäärä: _____

Nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Osoite: _____

Puhelinnumero: _____

Sähköpostiosoite: _____

Samassa taloudessa asuvat perheenjäsenet ja lemmikit:

Pääasiallinen tulosyy

Mainitse lyhyesti oireet, asiat tai tavoitteet, joiden vuoksi tulet vastaanotolle.

1. _____

2. _____

3. _____

Työhösi liittyvät esitiedot

Ammatti (myös entinen): _____

Työn laatu: ☐ Päivätyö ☐ Vuorotyö ☐ En ole työelämässä/eläkeläinen/sairauslomalla

Työaika: _____

Työn fyysinen kuormittavuus: ☐ Toimistotyö/istuva ☐ Kevyt ruumiillinen työ ☐ Raskas ruumiillinen työ

Altistutko nykyään/altistuitko aiemmin työssäsi kemikaaleille? ☐ En ☐ Kyllä, mille _____

Altistutko nykyään/altistuitko aiemmin työssäsi huonolle sisäilmalle? ☐ Ei ☐ Kyllä

Eläkkeelle jäämisen vuosi ja syy: _____

Perustiedot terveydestäsi

Todetut sairautesi: Milloin todettu:

Onko verensokerisi joskus todettu olevan koholla? ☐ Kyllä ☐ Ei

Tiedot lääkityksestäsi

Käytössäsi olevat lääkkeet (säännölliset ja tarvittaessa käytettävät):

Lääkkeen nimi	Lääkkeen vahvuus (esim 750 mg tai 10 ug)	Käyttämäsi annostus (esim 1 tbl x 2 tai tarv. 1 tbl)
---------------	---	---

(voit tarvittaessa jatkaa luetteloa paperin kääntöpuolelle tai toimittaa kopion lääkekortista)

Kuinka monta kipulääketablettia otat keskimäärin viikossa? _____ Mikä kipu? _____

Oletko koskaan käyttänyt säännöllisesti verenpainelääkkeitä? ☐ Kyllä ☐ Ei

Mahdolliset allergiset reaktiot lääkeaineista tai kokemasi haittavaikutukset:

Aiemmin käytössäsi olleet lääkkeet ja miksi niitä on käytetty/kokeiltu?

Ravinto

Kuinka useasti syöt päivässä?

_____ kertaa.

Juomasi veden määrä?

_____ litraa vuorokaudessa.

Vesi on yleensä laadultaan?

☐ kraanavettä ☐ kivennäisvettä

Mitä rasvaa käytät ruuanlaitossa ja levitteenä?

Kuvaile keskimääräistä annoskokoasi

☐ pieni ☐ normaali ☐ suuri

Kuinka usein käytät seuraavia ruoka-aineita? (rastita ruutuun)	En lainkaan/ satunnaisesti	0-3krt/vko	Lähes päivittäin
Kasviksia ja hedelmiä			
Marjoja			
Kanaa			
Kalaa			
Punaista lihaa (sis. riista)			
Maitotaloustuotteita			
Täysjyväviljoja			
Kahvia			
Voita			
Kasviöljyjä, pähkinöitä tai avokadoa			
Jodioitua suolaa			
Eineksiä			
Pullaa, keksiä, makeisia			

Laihdutatko tällä hetkellä?

☐ En ☐ Kyllä, millä keinolla _____

Noudatatko jotain erityisruokavaliota?

☐ En ☐ Kyllä, täydennä lisätiedot oheiseen taulukkoon

	Mistä alkaen?	Mitä vaikutuksia olet huomannut?
Laktoositon		
Maidoton		
Gluteeniton		
Kasvisruoka		
Muu:		

Jos sinulla on allergia/ylherkkyys, se on todettu?

Käytössäsi olevat lisäravinteet

(vitamiinit, kivennäisaineet, rohdokset ja yrtit, rasvahapot, kuidut ja maitohappobakteerit)

Valmisteen nimi ja vahvuus	Annos	Käyttöaika
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(voit tarvittaessa jatkaa luetteloa paperin kääntöpuolelle)

Painohistoria

Nykyinen pituus: _____ cm Pituus 30-vuotiaana: _____ cm

Nykyinen paino: _____ kg Vyötärön ympärys: _____ cm

Muutokset painossasi viimeisen vuoden aikana: + / - _____ kg

Onko Sinulla nesteturvotusta? ☐ Ei ☐ Kyllä: ☐ jaloissa ☐ käsissä ☐ kasvoissa

Kuvaile painon muutoksia elämäsi aikana:

Ruansulatus

Millainen on hampaidesi kunto? ☐ Hyvä, ei ongelmia ☐ Ei ole tarkastettu yli 2 vuoteen
☐ Viime käynnillä todettiin _____

Kärsitkö suun aftoista, haavaumista tai kivusta?	☐ Ei	☐ Kyllä, mistä _____
Närästääkö Sinua?	☐ Ei	☐ Kyllä, ajoittain
Kärsitkö refluksitaudista? Nouseeko happoja?	☐ Ei	☐ Kyllä, ajoittain
Onko Sinulla todettu koskaan helicobakteeri-infektiota?	☐ Ei	☐ Kyllä, jatkuvasti
Onko Sinulla todettu sappikiviä?	☐ Ei	☐ Kyllä, jatkuvasti
Onko Sinulta poistettu sappirakko?	☐ Ei	☐ Kyllä, milloin _____
Turvottaako vatsaasi?	☐ Ei	☐ Kyllä, milloin _____
Kärsitkö ilmavaivoista?	☐ Ei	☐ Kyllä, milloin _____
Kuinka usein vatsasi toimii?	☐ 1-2krt/pv	☐ Kyllä, jatkuvasti
Ulosteen laatu?	☐ Normaali ☐ Löysä ☐ Ummella	☐ Kyllä, jatkuvasti
Onko ulosteen mukana tullut koskaan kirkasta tai mustaa verta?	☐ Ei	☐ Kyllä, jatkuvasti
Onko ulosteen mukana tullut toistuvasti sulamatonta ravintoa?	☐ Ei	☐ Kyllä, jatkuvasti
Kutiseeko peräaukon seutu tai kärsitkö haavaumista?	☐ Ei	☐ Kyllä, jatkuvasti

Alkoholi ja tupakointi

Kuinka usein käytät alkoholipitoisia juomia? ____ päivänä ☐ viikossa ☐ kuukaudessa ☐ vuodessa

Mitä alkoholijuomaa tavallisesti juot? ☐ Olutta ☐ Siideriä ☐ Lonkeroa ☐ Viiniä ☐ Väkeviä viinoja

Kuinka monta ravintola-annosta kerrallaan? _____

Tupakoitko/nuuskaatko? ☐ En ☐ Olen lopettanut, milloin? ____ ☐ Kyllä, määrä/vrk ____

Kuinka monta vuotta olet tupakoinut/nuuskannut? _____

Käytätkö muita päihteitä? Mitä? _____

Liikunta

Millaisia (liikunnallisia) harrastuksia Sinulla on?

Sisältyykö jokaiseen päivääsi yleensä vähintään puoli tuntia liikuntaa työssä ja/tai vapaa-ajalla, ns. arkiliikunta mukaan lukien? ☐ Ei ☐ Kyllä

Arvioi yleistä liikunnan määrää eri ikä-kausina asteikolla 0-5:

15-20 v. ____ 21-30 v. ____ 31-40 v. ____ 41-50 v. ____ 51-60 v. ____ 61+ v. ____

Asteikko:

- 0 = ei lainkaan liikuntaa
- 1 = vain hyötyliikuntaa
- 2 = kevyttä ei-hiottavaa vapaa-ajan liikuntaa
- 3 = hiottavaa liikuntaa vähintään x2/vko
- 4 = runsaasti hiottavaa liikuntaa
- 5 = säännöllistä kovaa harjoittelu treeniohjelman mukaisesti

Millainen rasituksensietosi on? ☐ huono ☐ normaali ☐ hyvä

Miten palaudut rasituksesta?

Uni

Kuinka monta tuntia keskimäärin nukut vuorokaudessa? _____

Moneltako käyt nukkumaan? _____ Moneltako heräät? _____

Nukahdatko helposti? ☐ Kyllä ☐ Ei, miksi _____

Arvioi yöunesi laatua: ☐ Erinomainen ☐ Normaali ☐ Häiriintynyt ☐ Riittämätön ☐ Unettomuus

Yöunen häiriintymisen syy? ☐ Vaikeus nukahtaa ☐ Katkonainen uni ☐ Liian varhainen heräily
☐ Muu, mikä _____

Jos heräät öisin, moneltako tämä yleensä tapahtuu? _____

Käytkö yöllä WC:ssä? ☐ En ☐ Kyllä, kuinka usein _____

Kuorsaatko? ☐ En ☐ Kyllä ☐ En tiedä

Onko Sinulla yöllisiä hengityskatkoksia? ☐ Ei ☐ Kyllä ☐ En tiedä

Kärsitkö levottomista jaloista? ☐ En ☐ Kyllä
Levottomilla jaloilla tarkoitetaan epämiellyttäviä tuntemuksia (kuumotusta, kylmän tunnetta, kihelmöintiä, tms. jalkaterissä, sääriissä, reisissä tai myös käsivarsissa) joihin liittyy tunne raajojen liikuttamisen tarpeesta. Oireet ilmenevät lähinnä levossa ja iltaisin. Tuntemukset lieviytyvät tai häviävät liikuteltaessa jalkoja tai kävellessä.

Kärsitkö päiväaikaisesta väsymyksestä ☐ En ☐ Kyllä

Kärsitkö tahattomasta nukahtelutaipumuksesta? ☐ En ☐ Kyllä

Narskutatko hampaita? ☐ En ☐ Kyllä

Nukutko päiväunia? ☐ En ☐ En pysty nukahtamaan päivällä
☐ Kyllä, montako tuntia ja kuinka usein _____

Sukuhormonit ja seksuaalisuus

Naisille:

Kuvaile kuukautiskiertoasi: ☐ Säännöllinen ___pää ☐ Epäsäännöllinen ☐ Ei lainkaan

Jos Sinulla ei ole kuukautisia, mistä syystä? _____

Vuodon määrä: ☐ Niukka ☐ Normaali ☐ Runsas

Vuodon kesto: _____ päivää

Kärsitkö kuukautiskivuista: ☐ En ☐ Kyllä

Onko sinulla kuukautisiin liittyviä oireita, kuten turvotus, väsymys, ärtyneisyys, masennus, rintojen kosketusarkuus, päänsärky (alleviivaa)?

Onko sinulla vaihdevuosiin liittyviä oireita, kuten ärtyneisyys, unettomuus, hikoilu, alavireisyys, itkuherkkyys, sydämen rytmihäiriöt, nivel- ja lihaskivut, tihentynyt virtsaamistarve (alleviivaa)?

Kuvaile seksuaalista halukkuuttasi: ☐ Normaali ☐ Heikentynyt ☐ Olematon

Kärsitkö yhdyntäkivuista: ☐ En ☐ Kyllä

Jos olet synnyttänyt, mainitse vuodet: _____

Imetykset ja niiden kestot: _____

Raskauden keskeytykset/ keskenmenot: _____

Miehille:

Kuvaile seksuaalista halukkuuttasi: ☐ Normaali ☐ Heikentynyt ☐ Olematon

Kuvaile seksuaalista kyvykkyyttäsi: ☐ Normaali ☐ Heikentynyt ☐ Olematon
(potenssi)

Kärsitkö virtsaamisvaikeuksista ☐ En ☐ Kyllä, millaisista? _____

Kärsitkö varhaisesta siemensyöksystä: ☐ En ☐ Kyllä

Varhainen siemensyöksy tapahtuu niin nopeasti yhdynnän aloittamisesta (esim. alle minuutissa), että se vaikuttaa negatiivisesti seksuaaliseen kanssakäymiseen ja aiheuttaa henkistä ahdistusta.

Immunologia ja infektiot

Onko kotonasi todettu sisäilmaongelma? ☐ Ei ☐ En tiedä ☐ Kyllä, mitä?

☐ Hometta ☐ Ilmanvaihto-ongelma ☐ Kemikaaleja huoneilmassa

Kuinka usein keskimäärin sairastut infektioihin vuodessa? _____

Millaisiin infektioihin yleensä sairastut (esim. ylä- ja alahengitystiet, virtsarakko, hiiva)?

Tarvitsetko yleensä antibiootti- tai muun mikrobilääkekuurin parantuaksesi?

☐ En ☐ Kyllä, kuinka monta kuuria keskimäärin vuodessa?

Keskimääräinen kehonlämpösi? ☐ Matala ☐ Normaali ☐ Korkea

Ruumiinlämpö ja mittauspaikka (kainalo=K, korva=O, peräsuoli=R): _____

Oletko saanut infektion (esim. vatsataudin) ulkomaanmatkan aikana?

☐ En ☐ Kyllä, mistä ja milloin _____

Selvisikö aiheuttaja ja miten hoidettiin? _____

Detoksifikaatio eli myrkynpoisto

Oletko altistunut jossain elämänvaiheessasi suurelle määrälle tai toistuvasti haitallisille kemikaaleille?

☐ En ☐ Kyllä, mille ja milloin _____

Saatko oireita seuraavista kemikaaleista:

Hajusteet ☐ En ☐ Lieviä ☐ Voimakkaita Oireiden kuvaus? _____

Tupakan savu ☐ En ☐ Lieviä ☐ Voimakkaita Oireiden kuvaus? _____

Tuoreet painomusteet ☐ En ☐ Lieviä ☐ Voimakkaita Oireiden kuvaus? _____

Hiljan lakatut tai maalatut pinnat, rakennusmateriaalit, kuten muovimatot ja niiden liimat

☐ En ☐ Lieviä ☐ Voimakkaita Oireiden kuvaus? _____

Liikennesaasteet ☐ En ☐ Lieviä ☐ Voimakkaita Oireiden kuvaus? _____

Huone- tai muu pöly ☐ En ☐ Lieviä ☐ Voimakkaita Oireiden kuvaus? _____

Formaldehydi tai muu tunnettu kemikaali, mikä _____

☐ En ☐ Lieviä ☐ Voimakkaita Oireiden kuvaus? _____

Stressi ja alitajuntainen stressi

Arvioi nykyistä stressin määrääsi asteikolla 0-10 (0=ei stressiä, 10=vaikea, jatkuva stressi)

Työstä/opiskelusta aiheutuva stressi: _____

Yksityiselämän stressi: _____

Vaikuttaako nykyinen stressi omasta mielestäsi terveyteesi? ☐ Kyllä ☐ Ei

Käyttämäsi stressinhallintakeinot? _____

Suhtaudun elämään pääsääntöisesti ☐ positiivisesti ☐ negatiivisesti

Kuinka paljon tunnet?	Mistä alkaen?	Ketä/mitä kohtaan?
Rakkautta	_____	_____
Syällisyyttä	_____	_____
Iloa	_____	_____
Pelkoa	_____	_____
Katkeruutta	_____	_____
Kiitollisuutta	_____	_____
Surua	_____	_____
Vihaa	_____	_____
Häpeää	_____	_____
Myötätuntoa	_____	_____
Yksinäisyyttä	_____	_____

Mikä/mitkä seuraavista termeistä sopivat elämäkatsomukselliseen ajatteluusi parhaiten?

- | | |
|--|--|
| ☐ Uskonollisuus | ☐ Usko Jumalaan/korkeampaan voimaan |
| ☐ Usko sattumaan | ☐ Usko kohtaloon ☐ Usko johdatukseen |
| ☐ Tieteellinen lähestymistapa | ☐ Kokemuspäinen lähestymistapa |
| ☐ Usko johonkin tarkemmin määrittelemättömään | ☐ En osaa sanoa |

Rukoiletko yksin ollessasi? ☐ Kyllä ☐ En

Rukoilemisella tarkoitamme tässä yhteydessä ajatuksissa tai puhuttuna käytävää keskustelua, joka voi olla esim. avun pyytämistä, kiittämistä tai murheiden jakamista, uskontoosi kuuluvan jumalan tai korkeamman tahon tai edesmenneiden henkilöiden kanssa. Keskustelu käydään (yleensä) yksinpuheluna ilman odotusta kuultavasta tai tietoisesta vastauksesta.

Mietiskeletkö tai käytätkö säännöllisesti aikaa itsetutkiskeluun? ☐ Kyllä ☐ En

Luotatko, että elämä kantaa? Uskotko hyvään tulevaisuuteen?

Toimintakyky, hyvinvointi ja oireet

(0= voimakkaasti rajoittunut, vuodepotilas, tarvitsee ympärivuorokautista apua, 10 = täysin normaali)

Anna arvosana omalle arjen toimintakyvyllesi 0-10 _____
Kuinka terveeksi koet itsesi? Anna arvosana 0-10 _____
Anna vielä arvosana elämänlaadullesi samalla asteikolla _____

Jos et antanut täysiä pisteitä, kirjaa alle tärkeysjärjestyksessä ja lyhyesti ne oireet, jotka vievät pisteitä:

Milloin viimeksi tunsit itsesi täysin terveeksi? _____

Milloin luettelemasi oireet ovat alkaneet tai pahentuneet? _____

Pystytkö nimeämään mahdollisia oireita laukaisevia tapahtumia tai oireeseen vaikuttavia tekijöitä

(esim. infektiot, elämän käännekohdat, muutto)?

Toimintakyvyn tarkennettu kuvaus

(Täytetään, mikäli edellisellä sivulla arvioit toimintakykysi alentuneeksi)

Onko toimintakykysi heikentynyt yhtäjaksoisesti vähintään vuoden ajan? ☐ Ei ☐ Kyllä, mistä alkaen _____

Kuivale selviytymistäsi seuraavissa toiminnoissa:

Liikkuminen sisällä ja ulkona: ☐ Rajoituksetta ☐ Rajoittunut, miten _____

Pukeutuminen: ☐ Rajoituksetta ☐ Rajoittunut, miten _____

Henkilökohtainen hygienia, peseytyminen, WC-toimet, mahdollinen pidätyskyvyttömyys:

☐ Rajoituksetta ☐ Rajoittunut, miten _____

Ruokailu ja ruuanlaitto: ☐ Rajoituksetta ☐ Rajoittunut, miten _____

Vuorovaikutus toisen ihmisten kanssa:

☐ Rajoituksetta ☐ Rajoittunut, miten _____

Omista asioista huolehtiminen (mm. muisti, näkeminen, kuuleminen):

☐ Rajoituksetta ☐ Rajoittunut, miten _____

Asiointi kodin ulkopuolella, siivous, vaatehuolto:

☐ Rajoituksetta ☐ Rajoittunut, miten _____

Lääkkeiden ottaminen ja muiden lääkinnällisten laitteiden käyttäminen:

☐ Rajoituksetta ☐ Rajoittunut, miten _____

Käytössäsi olevat apuvälineet:

☐ Pyörätuoli, johon pääset itse

☐ Pyörätuoli, johon pääset vain avustettuna

☐ Kävelyteline/rollaattori

☐ Kynä-/kainosauvat tai keppi

☐ Kuulolaite

☐ Muu, mikä _____

Tiedot tehdyistä toimenpiteistä ja tutkimuksista

Millaisia leikkauksia, tutkimuksia tai toimenpiteitä Sinulle on tehty ja milloin?

Leikkaukset:	Jälkioireet:	Vuosi:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Tähystykset (viimeisin riittää):	Löydökset:	Vuosi:
Mahalaukun tähystys (gastroskopia)	_____	_____
Paksusuolen tähystys (kolonoskopia)	_____	_____
Vatsaontelon tähystys (laparoskopia)	_____	_____
Virtsarakon tähystys (kystoskopia)	_____	_____
Nivelen tähystys (artroskopia)	_____	_____

Magneetti-, ultraääni- ja tietokonekerroskuvaustutkimukset:	Löydökset:	Vuosi:
Pään MRI tai TT (alleviivaa tutkimus)	_____	_____
Vatsan UÄ, TT tai MRI	_____	_____
Selän TT tai MRI	_____	_____
Nivelen UÄ, TT tai MRI	_____	_____

Röntgentutkimukset 5 vuoden ajalta:	Löydökset:	Vuosi:
Keuhkokuva (THX)	_____	_____
Selän rtg	_____	_____
Nivelen rtg	_____	_____

Erikoislääkärin arviot ja missä arviot on tehty:	Löydökset:	Vuosi:
Endokrinologia (hormonit)	_____	_____
Reumatologia (reumasairaudet)	_____	_____
Gastroenterologia (ruuansulatuskanava)	_____	_____
Immunologia ja infektiosairaudet	_____	_____
Gynekologia ja urologia	_____	_____
Funktionaalinen lääketiede	_____	_____

Tapaturmat/onnettomuudet/ sairaalahoitojaksot:	Jälkioireet:	Vuosi:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Perustiedot sukurasitteestanne 1/4

Sinua vanhempien sisarustesi lukumäärä _____

Sinua nuorempien sisarustesi lukumäärä _____

Sisarustesi perussairaudet. Sairastumisikä tai -iät merkitään lyhyelle viivalle.

Sepelvaltimotauti tai sydänkohtaus	☐ siskolla	☐ veljellä _____	☐ en tiedä
Rytmihäiriö (mm. eteisvärinä)	☐ siskolla	☐ veljellä _____	☐ en tiedä
Aivoverenkierron häiriö (TIA) tai aivohalvaus	☐ siskolla	☐ veljellä _____	☐ en tiedä
Verenpainetauti	☐ siskolla	☐ veljellä _____	☐ en tiedä
Diabetes (valitse: nuoruustyyppi / aikuistyyppi)	☐ siskolla	☐ veljellä _____	☐ en tiedä
Korkeat kolesteroliarvot	☐ siskolla	☐ veljellä _____	☐ en tiedä
Laskimoveritulppa	☐ siskolla	☐ veljellä _____	☐ en tiedä
Kilpirauhasen toimintahäiriö	☐ siskolla	☐ veljellä _____	☐ en tiedä
Migreeni	☐ siskolla	☐ veljellä _____	☐ en tiedä
Neurologinen sairaus _____	☐ siskolla	☐ veljellä _____	☐ en tiedä
Keuhkosairaus _____	☐ siskolla	☐ veljellä _____	☐ en tiedä
Reumasairaus _____	☐ siskolla	☐ veljellä _____	☐ en tiedä
Keliakia	☐ siskolla	☐ veljellä _____	☐ en tiedä
Suolistosairaus _____	☐ siskolla	☐ veljellä _____	☐ en tiedä
Syöpä _____	☐ siskolla	☐ veljellä _____	☐ en tiedä
Osteoporoosi	☐ siskolla	☐ veljellä _____	☐ en tiedä
Muistisairaus	☐ siskolla	☐ veljellä _____	☐ en tiedä
Levottomat jalat	☐ siskolla	☐ veljellä _____	☐ en tiedä
Uniapnea	☐ siskolla	☐ veljellä _____	☐ en tiedä
Nivelrikko, mikä nivel? _____	☐ siskolla	☐ veljellä _____	☐ en tiedä
Ihosairaus _____	☐ siskolla	☐ veljellä _____	☐ en tiedä
Muu sairaus _____	☐ siskolla	☐ veljellä _____	☐ en tiedä

Onko vanhemmillasi ollut sydäninfarkti (alle 60-vuotiaana)? ☐ kyllä ☐ Ei

Perustiedot sukurasitteestanne 2/4

Vanhempiesi perussairaudet. Sairastumisikä tai -iät merkitään lyhyelle viivalle.

Sepelvaltimotauti tai sydänkohtaus	☐ äidillä ☐ isällä _____	☐ en tiedä
Rytmihäiriö (mm. eteisvärinä)	☐ äidillä ☐ isällä _____	☐ en tiedä
Aivoverenkierron häiriö (TIA) tai aivohalvaus	☐ äidillä ☐ isällä _____	☐ en tiedä
Verenpainetauti	☐ äidillä ☐ isällä _____	☐ en tiedä
Diabetes (valitse: nuoruustyyppi / aikuistyyppi)	☐ äidillä ☐ isällä _____	☐ en tiedä
Korkeat kolesteroliarvot	☐ äidillä ☐ isällä _____	☐ en tiedä
Laskimoveritulppa	☐ äidillä ☐ isällä _____	☐ en tiedä
Kilpirauhasen toimintahäiriö	☐ äidillä ☐ isällä _____	☐ en tiedä
Migreeni	☐ äidillä ☐ isällä _____	☐ en tiedä
Neurologinen sairaus _____	☐ äidillä ☐ isällä _____	☐ en tiedä
Keuhkosairaus _____	☐ äidillä ☐ isällä _____	☐ en tiedä
Reumasairaus _____	☐ äidillä ☐ isällä _____	☐ en tiedä
Keliakia	☐ äidillä ☐ isällä _____	☐ en tiedä
Suolistosairaus _____	☐ äidillä ☐ isällä _____	☐ en tiedä
Syöpä _____	☐ äidillä ☐ isällä _____	☐ en tiedä
Osteoporoosi	☐ äidillä ☐ isällä _____	☐ en tiedä
Muistisairaus	☐ äidillä ☐ isällä _____	☐ en tiedä
Levottomat jalat	☐ äidillä ☐ isällä _____	☐ en tiedä
Uniapnea	☐ äidillä ☐ isällä _____	☐ en tiedä
Nivelrikko, mikä nivel? _____	☐ äidillä ☐ isällä _____	☐ en tiedä
Ihosairaus _____	☐ äidillä ☐ isällä _____	☐ en tiedä
Muu sairaus _____	☐ äidillä ☐ isällä _____	☐ en tiedä

Perustiedot sukurasitteestanne 3/4

Äitinne suvun perussairaudet.

Sepelvaltimotauti tai sydänkohtaus	Äitinne...	☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Rytmihäiriö (mm. eteisvärinä)	Äitinne...	☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Aivoverenkierron häiriö (TIA) tai aivohalvaus		☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Verenpainetauti	Äitinne...	☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Diabetes (valitse: nuoruustyyppi / aikuistyyppi)		☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Korkeat kolesteroliarvot	Äitinne...	☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Laskimoveritulppa	Äitinne...	☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Kilpirauhasen toimintahäiriö	Äitinne...	☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Migreeni	Äitinne...	☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Neurologinen sairaus _____		☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Keuhkosairaus _____		☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Reumasairaus _____		☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Keliakia		☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Suolistosairaus _____		☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Syöpä _____		☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Osteoporoosi	Äitinne...	☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Muistisairaus	Äitinne...	☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Levottomat jalat	Äitinne...	☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Uniapnea	Äitinne...	☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Nivelrikko, mikä nivel? _____		☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Ihosairaus _____		☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Muu sairaus _____		☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä

Perustiedot sukurasitteestanne 4/4

Isänne suvun perussairaudet.

Sepelvaltimotauti tai sydänkohtaus	Isänne...	☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Rytmihäiriö (mm. Eteisvärinä)	Isänne ...	☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Aivoverenkierron häiriö (TIA) tai aivohalvaus		☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Verenpainetauti	Isänne ...	☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Diabetes (valitse: nuoruustyyppi / aikuistyyppi)		☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Korkeat kolesteroliarvot	Isänne ...	☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Laskimoveritulppa	Isänne ...	☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Kilpirauhasen toimintahäiriö	Isänne ...	☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Migreeni	Isänne ...	☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Neurologinen sairaus _____		☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Keuhkosairaus _____		☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Reumasairaus _____		☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Keliakia		☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Suolistosairaus _____		☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Syöpä _____		☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Osteoporoosi	Isänne ...	☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Muistisairaus	Isänne ...	☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Levottomat jalat	Isänne ...	☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Uniapnea	Isänne ...	☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Nivelrikko, mikä nivel? _____		☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Ihosairaus _____		☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä
Muu sairaus _____		☐ äidillä	☐ isällä	☐ sisaruksilla	☐ en tiedä

Omien lasten lukumäärä _____

Lastesi mahdolliset perussairaudet _____