

Silmätaudit

06-8264266

Namn: _____

Personsignum _____

Adress, telefon _____

Närmaste anhörig _____

Adress, telefon _____

För fortsatt vård får information om min sjukdom ges åt:

- annat sjukhus vårdande läkaren hemsjukvården
 hälsocentralen jag ger inte lov

Har Ni följande sjukdomar?

- hjärtsjukdom
 blodtryck
 lungsjukdom
 diabetes
 ögontrycksjukdom
 benägenhet för blödningar
 övriga sjukdomar

Operationer, vilka?

Är Ni allergisk mot något ämne eller någon medicin? Om Ni är, nämn vilka?

Vilka mediciner använder Ni nu dagligen?

Längd _____

Vikt _____

Något annat, som Ni vill berätta för personalen:

Underskrift

Hyväksyjä:
Päiväys: