

Nimi / name:

Kotikunta:

Sosiaaliturvatunnus / social security code:

Puhelin / tel. no:

Osoite / address:

Käytän omaa vakuutusta, vakuutusyhtiö ja vakuutusnumero:

Käytän SRL:n vakuutusta, vakuutusyhtiö TAPIOLA ja vakuutusnumero: 356-0329272-B

Lähin omainen / closest family member:

Osoite / address:

Puhelinnumero / tel. no:

Onko sinulla jokin seuraavista / have you any of the following:

Allergia /allergies ei/no kyllä/yes

Lääkeaineallergia / medication allergies ei/no kyllä/yes

Diabetes / diabetes ei/no kyllä/yes

Epilepsia / epilepsy ei/no kyllä/yes

Näkö- tai kuulovaikeuksia / sight- or hearing problems ei/no kyllä/yes

Saatko säännöllistä lääkitystä / Do you receive any medic ei/no kyllä/yes

Käytätkö piilolinsejä / do you wear contact lenses? ei/no kyllä/yes

Jos vastasit johonkin kohtaan kyllä, selvitä yksityiskohdat kuten taudin vaatima lääkitys oheen/ if yes, please add details:

Onko sinulla ollut / have you ever had:

Aivotärähdys / concussion ei/no kyllä/yes

Selkävammoja / back injuries ei/no kyllä/yes

Leikkausta vaatinut vamma tai sairaus / surgeries ei/no kyllä/yes

Muita vakavia vammoja / any other serious injuries ei/no kyllä/yes

Jos vastasit johonkin kohtaan kyllä, selvitä yksityiskohdat oheen / if yes, please add details:

Mikä on veriryhmäsi / blood group:

Pituutesi / Length:

cm

Painosi / Weight: kg

Muuta / other important health facts:

Hyväksyn verensiirron sitä vaativissa tilanteissa / I admit blood transfer in case it's needed

ei/no

kyllä/yes