

Pvm ___/___/20__

Nimi _____

Synt.aika _____

Ammatti _____

Osoite _____

Puh. _____ Sähköposti _____

Pituus _____ Paino _____ Painon muutokset _____

Vastaanotolle tulon syy

Sairaudet ja oireet

Tärkeimmät leikkaukset ja tutkimus- ja hoitotoimenpiteet

Tiedossa olevat varmat ruoka-aineallergiat/yliherkkyydet/keliakia/laktoosi-intoleranssi

Käytössä olevat lääkkeet

Käytössä olevat ravintolisät (vitamiini- ja kivennäisainevalmisteet, luontaistuotteet, probiootit)

Muuta huomattavaa
