

Kaikki Sinun terveyteesi ja hyvinvointiisi liittyvät tiedot ovat luottamuksellisia ja jäävät vain HyMy-kylän käyttöön.

HENKILÖ- JA YHTEYSTIEDOT

SUKUNIMI JA ETUNIMET:	_____
HENKILÖTUNNUS:	_____
OSOITE:	_____
PUHELINNUMERO, JOHON SAAT VIESTIÄ AJANVARAUKSEESI LIITTYEN:	_____
SÄHKÖPOSTIOSOITE:	_____
HYMY-KYLÄ TÄYTTÄÄ: HENKILÖLLISYYS ON TARKISTETTU	___ . ___ . 20__

SUOSTUMUKSET

- Kyllä. Annan suostumukseni, että tietojani, joista henkilötietoni ja muut tunnistetiedot ovat poistettu, voidaan käyttää HyMy-kylän oppimisympäristön toimintojen kehittämiseen sekä tutkimiseen. Suostumukseni koskee tutkijoita sekä niitä opinnäytetyön tekijöitä, jotka ovat opettajien tai tutkijoiden ohjauksessa.
- Ei. En anna suostumustani edellä kuvattuun oppimisympäristön toimintojen kehittämiseen ja tutkimukseen tarkoitettuun toimintaan.
- Kyllä. Voitte säilyttää tietoni markkinointitarkoitukseen.
- Ei, en anna lupaa säilyttää tietojani markkinointitarkoituksiin.



YLEISTERVEYS

Kirjoita vastaukset alla oleviin kysymyksiin huolellisesti.

OLEN ALLERGINEN TAI YLIHERKKÄ:		
DIAGNOSOIDUT SAIRAUTENI:		
KÄYTÖSSÄNI ON LÄÄKKEET:		
KÄYTÖSSÄNI ON LUONTAISTUOTTEET:		
<input type="checkbox"/> OLEN RASKAANA, LASKETTU AIKA:		
<input type="checkbox"/> MINULLA ON TODETTU SYÖPÄ	MIKÄ:	MILLOIN (VUOSI):
<input type="checkbox"/> OLEN OLLUT LEIKKAUKSESSA	MIKÄ:	MILLOIN (VUOSI):
<input type="checkbox"/> MINULLA ON VERENVUOTOSAIRAUS:	KYLLÄ/ EI	LISÄTIETOA:
<input type="checkbox"/> MINULLA ON KIPUA	MISSÄ:	MILLAISTA
<input type="checkbox"/> MINULLA ON VIERASESINE	<input type="checkbox"/> SYDÄMENTAHDISTIN <input type="checkbox"/> TEKONIVEL <input type="checkbox"/> METALLIA KEHOSSA <input type="checkbox"/> MUU, MIKÄ	
<input type="checkbox"/> MINULLA ON TARTTUVA TAUTI:	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HEPATIITTI B/C <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> TUBERKULOOSI <input type="checkbox"/> MUU, MIKÄ	



KOETTU TERVEYS

Millaisena Sinä koet terveytesi nyt?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0= terveydentilani on heikko

10= terveydentilani on erinomainen

Valitse ympäröimällä näistä ne asiat, joihin Sinä koet kaipaavasi apua tai tukea.

Arjen hallinta	Itsestä huolehtiminen	Työtilanne/työllistyminen
Ihmissuhteet: perhe, läheiset	Yksinäisyys	Taloudellinen tilanne
Kipu kehossa	Liikkuminen, fyysinen kunto	Painonhallinta
Mielen hyvinvointi	Seksuaaliterveys	Uni ja lepo
Näkökyky	Suun terveys	Jalkaterveys
Päihteiden käytön vähentäminen	Harrastukset/osallistuminen	Terveyden/sairauden omaseuranta

Päiväys ___ / ___ 20__

Allekirjoitus tai huoltajan allekirjoitus

