

HENKILÖTIEDOT	Nimi:	Syntymäaika:
	Lähihenkilö:	Puhelin:
	Muu yhteyshenkilö:	Puhelin:
LÄÄKITYS		
	<input type="checkbox"/> rasti ruutuun mikäli ei ole lääkitystä	
DIAGNOOSI		
MUUTA HUOMIOITAVAA, TOIMINTA esim. KOHTAUSTILANTEESSA		
TODETUT ALLERGIAT JA YLIHERKKYYDET		

LÄÄKELUETTELO		Lääkkeen nimi	Käyttötarkoitus	Vahvuus Mg Määrä tbl	Annostus (klo/aamulla/illalla/ tarvittaessa, kesäaikaan esim. allergialääkkeet)
	1.				
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				
	<p>Yllä lääkityslomake täydennettäväksi.</p> <p>Uusi asiakas täyttää lomakkeen tullessaan Kytösavun palvelujen käyttäjäksi ja ilmoittaa muutoksista tarpeen mukaan.</p>				
AIKA JA PAIKKA					
ALLEKIRJOITUS					