

# ASIAKASTIETOLOMAKE

Olen täyttänyt 16-vuotta  
(Nännilävistyksen ikäraja on 18 vuotta)

KYLLÄ [ ] EI [ ]

Minulla on HIV / Aids, hepatiitti tai muu  
veriteitse tarttuva sairaus

KYLLÄ [ ] EI [ ]

Olen päihdyttävän aineiden vaikutuksen  
alaisena

KYLLÄ [ ] EI [ ]

Käytän verta ohentavia lääkkeitä

KYLLÄ [ ] EI [ ]

Haluatko liittyä kanta-asiakkaaksi?

KYLLÄ [ ] EI [ ]

**Lävistyksen jälkihoito on aina asiakkaan vastuulla, mahdollisissa ongelmatilanteissa ota yhteyttä lävistäjään. Asiakkaan tulee noudattaa hänelle annettuja hoito-ohjeita. Asiakas vakuuttaa allekirjoituksellaan antamansa tiedot oikeiksi.**

Lävistyksen sijainti:

---

Asiakkaan nimi:

---

Syntymäaika:

---

Puh.nro:

---

Sähköposti:

---

Kotipaikkakunta:

---

Päiväys:

---

Allekirjoitus:

---

**Alle 16-vuotiaalta vaaditaan huoltajan suostumus**

Huoltajan nimi:

---

Huoltajan puh.nro:

---

Huoltajan allekirjoitus:

---