

## ESITIEDOT LÄÄKÄRIN TEKEMÄÄ AMPUMA-ASEEN HANKKIMISLUVAN SOVELTUVUUSARVIOTA VARTEN

HENKILÖTIEDOT	Henkilötunnus	Sukunimi	Etunimet		
	Lähiosoite	Postinumero ja -toimipaikka			
	Asuinkunta	Ammatti			
ONKO TEILLÄ TODETTU				Ei	On
1. Dementia?					
2. Päihderippuvuus?					
3. Psykoosi?					
4. Kaksisuuntainen mielialahäiriö (maanis-depressiivinen sairaus)?					
5. Vaikea masennus tai vaikea ahdistus?					
6. Persoonallisuushäiriö?					
7. Itsetuhoisuus?					
MIKÄLI TEILLÄ ON TODETTU JOKIN YLLÄ MAINITUISTA SAIRAUKSISTA, MIKÄ ON SAAMANNE DIAGNOOSI / DIAGNOOSIT?					
MIKÄLI TEILLÄ ON TODETTU JOKIN YLLÄ MAINITUISTA SAIRAUKSISTA, OLETTEKO OLLUT KYSEISEN SAIRAUDEN TAKIA SAIRAALAHOIDOSSA VIIMEISEN KOLMEN VUODEN AIKANA? MILLOIN JA MISSÄ?					
Annan luvan hankkia tarpeellisia tietoja edellä mainituista hoitopaikoista ampuma-aseen hankkimisluvan soveltuvuusarviota varten					
Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Allekirjoitus _____					
LUETELKAA KÄYTÖSSÄNNE TÄLLÄ HETKELLÄ OLEVAT LÄÄKKEET, LÄÄKITYKSEN AIHE JA ANNOSTUS (TARVITTAESSA ERILLISELLE PAPERILLE):					
Vakuutan vastanneeni kysymyksiin totuudenmukaisesti					
Paikka ja aika _____		Allekirjoitus _____			
_____		Nimen selvennys _____			