

Sukunimi (myös aikaisemmat)		
Etunimet	Henkilötunnus	
Lähiosoite		
Postinumero	Postitoimipaikka	
Ammatti	Työnantaja	
Puhelin kotiin	Puhelin virka-aikana	
Aikaisempi hammashoito vuonna	Missä ?	
Onko Teillä ollut paikallispuudutusten aiheuttamia ikävyyksiä ? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä ?		
Oletteko yliherkkä tai allerginen jollekin lääke- tai mulle aineille (esim. penisilliini, aspiriini, kumi, jokin ruoka-aine)? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mille ?		
Tupakoitko säännöllisesti ? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, paljonko ?		
Onko terveydentilanne mielestänne tällä hetkellä hyvä <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		
Mikäli teillä on/ on ollut jokin seuraavista sairauksista tai oireita, merkitkää rasti ruutuun		
<input type="checkbox"/> Sydän - tai verisuonisairaus	<input type="checkbox"/> Mahahaava	Säännöllinen lääkitys:
<input type="checkbox"/> Sydämentahdistin, tekoläppä	<input type="checkbox"/> Munuaissairaus	Mikä ?
<input type="checkbox"/> Kohonnut verenpaine	<input type="checkbox"/> Maksasairaus, hepatiitti	
<input type="checkbox"/> Veritauti, anemia	<input type="checkbox"/> AIDS- tai HIV-tartunta	
<input type="checkbox"/> Taipumus verenvuotoon	<input type="checkbox"/> Epilepsia	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Toistuva päänsärky	
<input type="checkbox"/> Nivelreuma	<input type="checkbox"/> Psykkinen sairaus	
<input type="checkbox"/> Reumaattinen kuume	<input type="checkbox"/> Syöpäsairaus	
<input type="checkbox"/> Tekonivel, tekoverisuoni	<input type="checkbox"/> Muu yleissairaus, mikä ?	<input type="checkbox"/> En käytä säännöllisesti lääkkeitä
<input type="checkbox"/> Kilpirauhasen sairaus		
<input type="checkbox"/> Keuhkosairaus, astma		
Hoitavan lääkärin nimi		
Muita lisätietoja		
Henkilötietolain (523/1999) mukainen informointi: Henkilötietonne tallennetaan asiakasrekisteriimme. Henkilötiedot ovat salassa pidettäviä ja niitä luovutetaan vain lakiin perustuen tai luvallanne. Hammashoitoloissamme on nähtävillä rekisteriseloste sekä tiedot tarkastus- ja oikaisupyyntöoikeudestanne liittyen Teitä koskeviin tietoihin		
Saako hoitoonni liittyviä tietoja antaa suun terveydenhuollon/ muun terveydenhuollon käyttöön (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/92)		
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		
Päiväys	Allekirjoitus	

laskettu aika _____ monesko raskaus _____

KUINKA USEIN HARJAATTE HAMPAANNE

kerran päivässä

kaksi kertaa päivässä

harvemmin

KÄYTÄTTEKÖ HAMMASHARJAN LISÄKSI

fluorihammastahnaa

hammaslankaa / hammastikkua

ksylitolituotteita

erikoisharjoja

ONKO RASKAUS MUUTTANUT RUOKAILUTAPOJANNE

ei

kyllä

millä tavoin _____

SYÖTTEKÖ YLEENSÄ

Makeisia

Mehuja
Virvoitusjuomia
Light -juomia

Makeita välipaloja

	Joka päivä	2-3 x viikossa	harvemmin
Makeisia			
Mehuja Virvoitusjuomia Light -juomia			
Makeita välipaloja			

MONTAKO SYÖNTI-/JUONTIKERTAA TEILLÄ ON PÄIVÄSSÄ

5 - 6

enemmän

ONKO TEILLÄ NYT JOTAIN VAIVAA SUUSSANNE

ei

kyllä

mitä _____

