

ESITIEDOT HAMMASHOITOA VARTEN

Mahdollisimmat tarkat tiedot alla oleviin kysymyksiin ovat tärkeitä hammashoitonne suunnittelua varten. Vastauksenne säilytetään luottamuksellisina.

Nimi Henkilötunnus
 Kotiosoite Postitoimipaikka
 Työpaikka Ammatti
 Puh. (koti) (työ)

YLEISTERVEYS

Kyllä Ei

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Onko terveytenne tällä hetkellä hyvä ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Oletteko nyt tai aikaisemmin ollut jatkuvassa lääkärinhoidossa (muun kuin hammaslääkäriin)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Käytättekö säännöllisesti tai usein lääkettä ?
Mitä ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Oletteko yliherkkä eli allerginen jollekin lääke- tai muulle aineelle (esim. penisilliini, sulfa, aspiriini, jodi, kumi, jokin ruoka-aine)
Mille ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Onko teille koskaan käytetty paikallispuudutusta ?
Onko siitä ollut haittavaikutuksia ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Oletteko raskaana ?
Laskettu aika / synnytys | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Tupakoitteko ?
Paljonko ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Oletteko käyttänyt tai käyttättekö suonensisäisiä huumeita ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ONKO TEILLÄ OLLUT JOKIN SEURAAVISTA SAIRAUKSISTA TAI OIREISTA

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Sydän- tai verisuonisairaus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kohonnut verenpaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sokeritauti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Astma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reuma tai reumaattinen kuume | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Munuaissairaus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maksasairaus- hepatiitti B <input type="checkbox"/> hepatiitti C <input type="checkbox"/> hepatiitti D <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toistuva päänsärky | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psyykinen sairaus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HIV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Muu yleissairaus, mikä ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ONKO TEILLÄ: Tekonivel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sydämen tahdistaja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tekoläppä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tehty sydämen ohitusleikkaus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Milloin hampaanne on viimeksi hoidettu kuntoon ?

Minkä takia nyt hakeudutte hoitoon ?

Jos yleis- tai hammaslääkäri on lähettänyt hoitoon, nimi ?

Muu lisätieto, jonka haluatte esittää

..... / 20.....

Paikka ja aika

potilaan allekirjoitus