



## ESITIEDOT HAMPaidEN JA SUUN HOITOA VARTEN

Hammaslääkäri tarvitsee tiedot mahdollisista sairauksistanne ja lääkehoidostanne voidakseen hoitaa Teitä turvallisesti. Tiedot säilytetään luottamuksellisina.

Nimi \_\_\_\_\_ Henkilötunnus \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Ammatti ja työpaikka \_\_\_\_\_

Kotiosoite \_\_\_\_\_

Postinumero ja postitoimipaikka \_\_\_\_\_

Kotikunta \_\_\_\_\_

Puhelinnumero \_\_\_\_\_ työ \_\_\_\_\_

Sähköpostiosoite \_\_\_\_\_

Olen rintamaveteraani/miinanraivaaja

## YLEISTERVEYS

Allergia (lääkkeet, ruoka-aineet, kumi), mikä? \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sydän- tai verisuonisairaus                  | <input type="checkbox"/> Munuaissairaus                                     |
| <input type="checkbox"/> infarkti                                     | <input type="checkbox"/> Maksasairaus                                       |
| <input type="checkbox"/> sydämen tahdistin                            | <input type="checkbox"/> Kilpirauhasen sairaus                              |
| <input type="checkbox"/> läppävika                                    | <input type="checkbox"/> Syöpäsairaus                                       |
| <input type="checkbox"/> tekoläppä                                    | <input type="checkbox"/> Neurologinen sairaus, epilepsia                    |
| <input type="checkbox"/> Aivoinfarkti                                 | <input type="checkbox"/> Toistuva päänsärky                                 |
| <input type="checkbox"/> Kohonnut verenpaine                          | <input type="checkbox"/> Psyykinen sairaus                                  |
| <input type="checkbox"/> Veritauti, anemia                            | <input type="checkbox"/> Heikko näkö/ kuulo                                 |
| <input type="checkbox"/> Taipumus verenvuotoon (verenohennuslääkitys) | <input type="checkbox"/> Veren välityksellä tarttuva tauti, hepatiitti, HIV |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                     | <input type="checkbox"/> MRSA, VRE tai vastaava sairaalabakteeri            |
| <input type="checkbox"/> Hengityselinsairaus, astma                   | <input type="checkbox"/> Muu sairaus, mikä?                                 |
| <input type="checkbox"/> Suolistosairaus                              | _____   |
| <input type="checkbox"/> Reumasairaus                                 | _____   |
| <input type="checkbox"/> Osteoporoosi, bifosonaattilääkitys           |   |

Muu lisätieto, jonka haluatte esittää: \_\_\_\_\_

Käytän säännöllisesti lääkkeitä, mitä? \_\_\_\_\_

- Olen raskaana, laskettu aika \_\_\_\_\_ tai  imetän
- Olen saanut säde- tai sytostaattihoitoa, milloin viimeksi \_\_\_\_\_
- Olen ollut viimeisen vuoden aikana leikkauksessa.
- Minulle on asennettu tekonivel/ verisuoniproteesi tms. keinoaineita, asennusvuosi \_\_\_\_\_
- Minulle on tehty elinsiirto, mikä \_\_\_\_\_ vuosi \_\_\_\_\_

Onko paikallispuudutuksesta ollut sivuvaikutuksia, minkälaisia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## TUPAKOINTI JA PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ

Tupakoinnilla ja päihteiden käytöllä on vaikutuksia suun sairauksiin.

- Tupakoin tai käytän nuuskaa \_\_\_\_\_ kertaa päivässä.  
Olen tupakoinut tai käyttänyt nuuskaa \_\_\_\_\_ kk/vuotta.
- Olen käyttänyt neuloilla pistettäviä huumeita tai huumaavia aineita.

## SUUN JA HAMPAIDEN TERVEYS

Syy hoitoon tulloon: \_\_\_\_\_

Milloin suunne ja hampaanne on viimeksi hoidettu kuntoon? \_\_\_\_\_

Miten usein harjaatte hampaanne?

- vähintään kahdesti päivässä
- kerran päivässä
- harvemmin

Miten usein puhdistatte hammasvälit?

- vähintään kerran päivässä
- muutaman kerran viikossa
- 1-2 kertaa viikossa
- harvemmin

Käytän päivittäin:

- virvoitusjuomia/mehuja
- urheilu-/energiajuomia
- muita makeita/happamia juomia

## Tietosuoja-asetuksen mukainen informointi

- Olen tutustunut minulle erillisellä lomakkeella annettuun informaatioon henkilötietojeni käsittelystä.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Päivämäärä

\_\_\_\_\_  
Allekirjoitus