



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, bifosfonaattilääkitys | |

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