



## Euran sote-keskus Hammashuolto

Lapsen huoltajaa pyydetään ystävällisesti täyttämään sekä palauttamaan tämä lomake hammashoitolaan. Tiedot tarvitaan hammashoitokortin täyttämiseksi sekä lapsen tarkoituksenmukaisen ja turvallisen hoidon järjestämiseksi. Tiedot ovat luottamuksellisia, eikä niistä anneta tietoja ulkopuolisille.

Lapsen sukunimi	Lapsen etunimi	Henkilötunnus
Osoite		Puhelin kotiin
Syntymäpaikka	Mistä muuttanut	Milloin muuttanut
Kansallisuus		Äidinkieli
Huoltajan nimi	Ammatti	Puhelin toimeen

### YLEISTERVEYS

Onko lapsenne <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Jatkuvasa lääkärin hoidossa</li><li><input type="checkbox"/> Yliherkkä jollekin aineelle tai lääkkeelle, mille</li><li><input type="checkbox"/> Käyttääkö lapsenne säännöllisesti tai usein jotain lääkettä, mitä</li><li><input type="checkbox"/> Onko hän saanut sädehoitoa<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Ei</li><li><input type="checkbox"/> Kyllä, milloin</li></ul></li><li><input type="checkbox"/> Onko lapsellanne koskaan käytetty paikallispuudutetta<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Ei</li><li><input type="checkbox"/> Kyllä</li></ul></li><li><input type="checkbox"/> Onko siitä ollut haittavaikutuksia<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Ei</li><li><input type="checkbox"/> Kyllä, mitä</li></ul></li></ul>	
Onko lapsellanne ollut jokin seuraavista sairauksista tai oireista	
<input type="checkbox"/> Sydän- tai verisuonisairaus	<input type="checkbox"/> Maksasairaus (Hepatiitti)
<input type="checkbox"/> Kohonnut verenpaine	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Veritauti	<input type="checkbox"/> Toistuva päänsärky
<input type="checkbox"/> Sokeritauti	<input type="checkbox"/> Psyykkinen sairaus
<input type="checkbox"/> Reuma tai reumaattinen kuume	<input type="checkbox"/> HIV +
<input type="checkbox"/> Munuaissairaus	<input type="checkbox"/> Muu yleissairaus, mikä
Onko taloudessanne oma kaivo?	
Fluoripitoisuus?	

### MUUT MERKINNÄT (esim. mitä muuta hoidon kannalta merkittävää haluatte saattaa tietoomme)

Päivämäärä	Huoltajan allekirjoitus