

ESITIEDOT HAMPAIDEN JA SUUN HOITOA VARTEN

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

Nimi _____ Henkilötunnus _____ - _____
Kotiosoite _____
Postinumero ja -toimipaikka _____
Puhelinnumero _____ Työnumero _____
Sähköpostiosoite _____ Ammatti _____

YLEISTERVEYS

Millaiseksi koette terveyttenne tällä hetkellä?

Onko Teillä tai onko ollut jokin seuraavista sairauksista

- Allergia (lääkkeet, ruoka-aineet, kumi), mikä? _____
- Sydän- tai verisuonisairaus
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> infarkti | <input type="checkbox"/> Osteoporoosi |
| <input type="checkbox"/> sydämen tahdistin | <input type="checkbox"/> Munuaissairaus |
| <input type="checkbox"/> läppävika | <input type="checkbox"/> Maksasairaus, hepatiitti |
| <input type="checkbox"/> tekoäppä | <input type="checkbox"/> Kilpirauhasen sairaus |
| <input type="checkbox"/> Aivoinfarkti | <input type="checkbox"/> Syöpäsairaus |
| <input type="checkbox"/> Kohonnut verenpaine | <input type="checkbox"/> Neurologinen sairaus, epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Veritauti, anemia | <input type="checkbox"/> Toistuva päänsärky |
| <input type="checkbox"/> Taipumus verenvuotoon | <input type="checkbox"/> Psykkinen sairaus |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Heikkö näkö, kuulo |
| <input type="checkbox"/> Hengityselinsairaus, astma | <input type="checkbox"/> Veren välityksellä tarttuva tauti |
| <input type="checkbox"/> Suolistosairaus | <input type="checkbox"/> MRSA, VRE tai vastaava sairaalabakteeri |
| <input type="checkbox"/> Tuki- ja liikuntaelinsairaus | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Reumasairaus | <input type="checkbox"/> Muu sairaus, mikä? _____ |

Muu lisätieto, jonka haluatte esittää: _____

Käytän säännöllisesti lääkkeitä. Mitä? _____

- Olen raskaana, laskettu aika: _____
- Olen saanut sädehoitoa kaulan tai pään alueelle.
- Minulle on asennettu tekonivel/verisuoniproteesi tms. keinoaineita.
- Minulle on tehty elinsiirto.

Onko paikallispuudutuksesta ollut sivuvaikutuksia? Minkälaisia?

SUUN JA HAMPAIDEN TERVEYS

Syy hoitoon tuloon: _____

Milloin viimeksi koko suunne on tarkastettu: _____

Koetko hammashoitopelkoa? Ei Kyllä

Käännä 

Jos vastasit kyllä, voit kertoa meille pelostasi tarkemmin:

- Kuinka usein harjaatte hampaanne 2krt/päivässä tai useammin
 Kerran päivässä
 Harvemmin kuin kerran päivässä
- Käytättekö Sähköhammasharjaa Käsikäyttöistä hammasharjaa
- Kuinka usein puhdistatte hammasvälit? Vähintään kerran päivässä 1-2krt/viikossa
 Harvemmin kuin kerran viikossa Harvemmin

Mikä seuraavista kuvaa parhaiten ruokailutottumuksianne?

- Syön terveellisesti ja säännöllisesti 4-6 ateriaa päivässä.
 Syön terveellisesti ja säännöllisesti 2-3 ateriaa päivässä.
 Syön terveellisesti ja säännöllisesti 2-3 ateriaa päivässä, lisäksi tulee naposteltua.
 Syön epäsäännöllisesti ja napostelen pitkin päivää.

- Käytän päivittäin Mehuja ja limsoja Urheilu-/energiajuomia Muita makeita juomia
 Noudataan erikoisruokavaliota. Mitä? _____

TUPAKOINTI JA PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ

- Jos käytätte alkoholia, kuinka monta annosta käytätte keskimäärin viikossa? _____ Annosta / vko
Jos käytätte nuuskaa, montako käyttökertaa on päivittäin? _____ Kpl / vrk
Jos tupakoitte, montako savuketta keskimäärin poltatte päivittäin? _____ Kpl / vrk

MÄÄRÄAIKAISKUTSU SUUN JA HAMPAIDEN HOITOON

- Minulle voi lähettää kutsun suun ja hampaiden hoitoon? Kyllä Ei
 Tekstiviestillä Soittamalla Kirjeellä

Tietosuoja-asetusten mukainen informointi

- Olen tutustunut minulle erillisellä lomakkeella annettuun informaatioon henkilötietojeni käsittelystä.

Suostumuksen antaminen

- Annan suostumukseni potilastietojeni tallentamiseen keskitettyyn rekisteriin.

Rekisteriä ylläpitävät hammaslääkäriasema ja siellä toimivat hammaslääkärit. Potilastietonne on salassapidettäviä. Muille osapuolille tietoja luovutetaan vain lain perusteella tai luvallanne.

____/____
Päivämäärä

Allekirjoitus