

**ÄÄNEKOSKEN KAUPUNKI
TERVEYSKESKUS
Suun terveydenhuolto**

**ESITIEDOT HAMMASHOITOA VARTEN
Luottamuksellinen**

Sukunimi (myös aikaisemmat)	
Etunimet	Henkilötunnus
Lähiosoite	Kotikunta
Postinumero	Postitoimipaikka
Ammatti	Työnantaja
Puhelin kotiin	Puhelin työhön
Mistä syystä hakeudutte hoitoon?	
Oletteko raskaana? <input type="checkbox"/> Kyllä, laskettu aika:	
Onko Teillä paikallispuudutuksen aiheuttamia ikävyyksiä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?	
Oletteko yliherkkä tai allerginen jollekin lääke- tai muille aineille (esim penisilliini, aspiriini, kumi, ruoka-aine)? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mille?	
Tupakoitko säännöllisesti? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, montako savuketta päivässä _____	
Käytättekö? <input type="checkbox"/> Nuuskaa <input type="checkbox"/> Sähkötupakkaa <input type="checkbox"/> Alkoholia, montako annosta viikossa? _____	
Käytössänne olevat lääkykset ja luontaistuotteet:	
Merkitkää rasti ruutuun, mikäli teillä on/on ollut jokin seuraavista sairauksista? <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Suolistosairaus <input type="checkbox"/> Reuma <input type="checkbox"/> Toistuva päänsärky <input type="checkbox"/> Muistisairaus <input type="checkbox"/> Verenvuotosairaus <input type="checkbox"/> Osteoporoosi <input type="checkbox"/> Parkinsonin tauti <input type="checkbox"/> Kohonnut verenpaine <input type="checkbox"/> Psykkinen sairaus <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Rytmihäiriöitä <input type="checkbox"/> Kilpirauhasen sairaus <input type="checkbox"/> Eteisvärinä/flimmeri <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Sydämen vajaatoiminta <input type="checkbox"/> Muu sydän- ja verisuonisairaus, mikä? _____ <input type="checkbox"/> Syöpäsairaus, mikä? _____ <input type="checkbox"/> Muu sairaus, mikä? _____	
Oletteko saanut <input type="checkbox"/> Sädehoitoa pään alueelle, milloin <input type="checkbox"/> Sytostaattihoitoa, milloin	
Onko Teillä <input type="checkbox"/> Sydämen tekoläppä tai läppävuoto <input type="checkbox"/> Sydämen tahdistaja <input type="checkbox"/> Tekonivel	
Onko Teillä <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hepatiitti B/C <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> Tuberkuloosi	
Päiväys	Allekirjoitus
Tarkistettu (hammaslääkäri/suuhygienisti)	Allekirjoitus