

Lapsen huoltajaa pyydetään täyttämään tämä lomake huolellisesti.
Tiedot tarvitaan lapsenne turvallisen ja tarkoituksenmukaisen hoidon järjestämiseksi

Lapsen nimi		
Henkilötunnus		
Lähiosoite	Kotikunta	
Postinumero	Postitoimipaikka	
Yhteishuoltajuus <input type="checkbox"/>	Yksinhuoltajuus <input type="checkbox"/>	Muu huoltaja <input type="checkbox"/>
Huoltajan nimi		
Ammatti	Puhelin (työ, koti)	
Huoltajan nimi		
Ammatti	Puhelin (työ, koti)	
Aikaisempi hammashoito Paikkakunta:	Hammashoitola:	
Oletteko lapsenne yliherkkä tai allerginen jollekin lääke- tai mulle aineille (esim. penisilliini, aspiriini, kumi, jokin ruoka-aine)? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mille?		
Mikäli lapsellanne on/ on ollut jokin seuraavista sairauksista tai oireita, merkitkää rasti ruutuun		
Astma <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Virtsatieinfektio tai munuaisvika <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	
Diabetes <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Taipumus verenvuotoon <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	
Sydänvika <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Toistuva päänsärky <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	
Epilepsia <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Alttius tulehduksenteihin mm. korvatulehdus <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	
Reuma <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Muu yleissairaus, mikä?	
Onko sattunut tapaturma hampaiden ja leukojen alueella, mitä ?		
Käyttääkö lapsenne säännöllisesti jotakin lääkettä? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä		
Lääkkeen nimi ja annostus:		
Yleissairautta hoitavan lääkärin nimi		
Muita lisätietoja		
Onko suvussanne todettu hampaiden synnynnäistä puuttumista tai ylilukuisia hampaita <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä		
Henkilötietolain (523/1999) mukainen informointi: Lapsenne henkilötiedot tallennetaan asiakasrekisteriimme. Henkilötiedot ovat salassa pidettäviä ja niitä luovutetaan vain lakiin perustuen tai luvallanne. Hammashoitoloissamme on nähtävillä rekisteriseloste sekä tiedot tarkastus- ja oikaisupyynnötoikeudestanne liittyen lastanne koskeviin tietoihin.		
Saako lapsenne hoitoon liittyviä tietoja antaa suun terveydenhuollon/ muun terveydenhuollon käyttöön (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/92) <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		
Päiväys	Huoltajan allekirjoitus	
Päiväys	Hml/shg allekirjoitus	

HUOLTAJA TÄYTTÄÄ TÄMÄN SIVUN**KUINKA USEIN LAPSENNE HARJAA HAMPAAT**

yksi kerta/pv kaksi kertaa/pv harvemmin

ONKO KÄYTÖSSÄ SÄHKÖHAMMASHARJA **TAVALLINEN HAMMASHARJA**

FLUORIHAMMASTAHNAA **fluoripitoisuus** _____

HARJAATTEKO LAPSENNE HAMPAAT / AUTATTEKO HARJAUKSESSA?

kyllä ei

KÄYTTÄÄKÖ LAPSENNE LISÄKSI KSYLITOLITUOTTEITA PASTILLIA/PURKKA?

kyllä, kuinka usein päivässä _____ ei

KUINKA USEIN LAPSENNE SYÖ/JUO

makeisia, makeita välipaloja _____

sipsiä tmv. _____

mehua _____

virvoitusjuomia _____

energiajuomia _____

kaakaota _____

maustetut vichyt _____

MONTAKO SYÖNTI-/JUONTIKERTAA LAPSELLA ON PÄIVÄSSÄ

alle 5 5 tai 6 yli 6

ONKO LAPSELLA NYT JOTAIN VAIVAA SUUSSA

ei kyllä

KIITOS!**PALAUTTAKAA TÄYTETTY LOMAKE HAMMASHOITOKÄYNNILLE!**