

Sukunimi	Etunimet
Henkilötunnus	Kuulutteko sairauskassaan? <input type="checkbox"/> Kyllä Mihin?
Katuosoite, postinumero ja -toimipaikka	
Puhelinnumero	Puhelinnumero töihin
Sähköpostiosoite	Ammatti ja työpaikka

## Yleistiedot

Ei todettuja sairauksia    Tupakoittekö?    Kyllä  \_\_\_\_ kpl / vrk    Oletteko raskaana?    Kyllä  vko \_\_\_\_

Ei lääkitystä    Käytättekö nuuskaa    Kyllä  \_\_\_\_ krt / vrk    Imetättekö?    Kyllä

Onko Teillä ollut ongelmia paikallisuudutuksessa tai hammashoidossa yleensä?

ei     kyllä mitä? \_\_\_\_\_

Onko Teillä implanttihampaita?  ei     kyllä

## Sairaudet

Monet sairaudet vaikuttavat hammashoittoon, samoin hammashoidossa käytettävät lääkkeet saattavat reagoida sopimattomasti muun lääkityksen kanssa. Siksi onkin tärkeää täyttää huolellisesti alla olevat kohdat. Tiedot ovat luottamuksellisia.

Onko Teillä jokin seuraavista sairauksista? (rastittakaa oikea vaihtoehto)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> sydän- tai verisuonisairaus       | <input type="checkbox"/> Pahanlaatuinen kasvain (syöpä)  | <input type="checkbox"/> HIV-infektio                       |
| <input type="checkbox"/> sydäninfarkti                     | <input type="checkbox"/> MRSA tai muu sairaalainfektio   | <input type="checkbox"/> Hepatiitti B tai C                 |
| <input type="checkbox"/> Tekoläppä                         | <input type="checkbox"/> Reuma                           | <input type="checkbox"/> Muu maksasairaus                   |
| <input type="checkbox"/> Sydämen tahdistin                 | <input type="checkbox"/> Keinonivel / asennusvuosi _____ | <input type="checkbox"/> Kilpirauhassairaus                 |
| <input type="checkbox"/> Kohonnut verenpaine               | <input type="checkbox"/> Diabetes (sokeritauti)          | <input type="checkbox"/> Toistuva päänsärky                 |
| <input type="checkbox"/> Verenvuototaipumus                | <input type="checkbox"/> Epilepsia                       | <input type="checkbox"/> Jokin muu sairaus haitta tai vamma |
| <input type="checkbox"/> Astma tai muu hengityselinsairaus | <input type="checkbox"/> psyykinen sairaus               | mikä? _____   |

## Lääkitykset

Verenohennuslääke (Marevan)     Kortisoni    Oletteko saanut sytostaatteja tai sädehoitoja?     Kyllä vuonna \_\_\_\_\_

muu lääkitys, mikä? Lääkkeiden nimet: \_\_\_\_\_

## Allergiat

Lääkeaineille (esim. penisilliini, aspiriini, sulfa jne.) \_\_\_\_\_

Muut allergiat (esim. ruoka-aine, nikkeli, kumi jne.) \_\_\_\_\_

Milloin olette viimeksi käynyt hammashoidossa?

Miksi hakeudutte hoitoon nyt?

## Henkilötietolain (523/99) mukainen informointi

Henkilötietonne tallennetaan rekisteriin, jota ylläpitää tässä antamallanne suostumuksella Kimalan kylähammaslääkäri oy. Henkilötiedot ovat salassapidettäviä ja niitä luovutetaan vain lakiin perustuen ja luvallanne. Teillä on mahdollisuus tarkistaa rekisteriin tallennetut tietonne.

Päiväys \_\_\_\_\_

Allekirjoitus \_\_\_\_\_