

Esitiedot hoitoa varten

Vastaamalla alla oleviin luottamuksellisiin kysymyksiin mahdollisimman tarkasti autatte hammaslääkärinä hoitonne suunnittelussa.

Nimi _____ Henkilötunnus _____ Lapsen vanhemman tai huoltajan nimi _____
 Kotiosoite _____ Kotipuhelin _____
 Posti nro ja kaupunki _____ Työpuhelin _____
 Työpaikka _____ Matkapuhelin _____
 Ammatti _____ Sähköpostiosoite _____

Yleisterveys

- | | kyllä | ei |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Oletteko nyt jatkuvassa lääkärinhuollossa?
Lääkäri on _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Käyttättekö säännöllisesti tai usein lääkettä?
Mitä? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Oletteko yliherkkä eli allerginen jollekin lääke- tai muulle aineelle? Mille? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Onko Teille koskaan käytetty paikallisuudutusta?
Onko siitä ollut jotain ikävyyksiä? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Oletteko saanut sädehoitoa pään tai kaulan alueella? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Oletteko raskaana? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Tupakoittekö säännöllisesti? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Onko Teillä jokin seuraavista sairauksista tai oireista?

- | | kyllä | ei | en tiedä |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Sydän- tai verisuonisairaus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Kohonnut verenpaine tai veritauti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Sokeritauti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Reuma tai reumaattinen kuume | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Munuaissairaus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Maksasairaus (esim. hepatiitti) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Epilepsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Vatsavaivoja (esim. mahahaava) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Toistuva päänsärky | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Psykkinen sairaus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. HIV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Muu yleissairaus
Mikä? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Onko Teillä tekonivel, sydämen tahdistaja, sydämen tekoläppä tms.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 21. Onko Teillä ollut jokin vakava vamma pään tai kaulan alueella? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Suun ja hampaiden terveys

- | | kyllä | joskus | ei |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 22. Vuotaako ikenenne verta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Onko ikenissä ollut turvotusta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Onko Teillä pahaa hajua tai arkuutta suussa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Oletteko havainnut jonkin hampaan liikkuvan tai siirtyneen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Onko jokin hammas arka puressa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Kuivaako tai kirveleekö suutanne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Jääkö ruoka hampaittenne väliin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Vihlooko hampaitanne (kylmä, kuuma, makea)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Onko hampaissa tai paikoissa teräviä reunoja? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 31. Onko hampaittenne ulkonäössä häiritseviä tekijöitä? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 32. Kipua kasvoissa, leukanivelissä tai vaikeaa avata suuta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Rahinaa tai naksuntaa leukanivelissä? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Puristatteko hampaitanne tiukasti yhteen tai narskutatteko hampaitanne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Onko purentakykynne mielestänne riittämätön? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 36. Onko jotain muuta vaivaa? Mitä? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Syy hoitoon hakeutumiseen: _____ | | | |
| 38. Milloin hampaanne on viimeksi hoidettu kuntoon?
Vuonna _____ | | | |

- | | kyllä | ei | kyllä | ei |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| 39. Käytän päivittäin | | | | |
| - hammasharjaa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - hammaslankaa | <input type="checkbox"/> |
| - väliharjaa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - fluorihammastahnaa | <input type="checkbox"/> |
| - hammastikkuja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 40. Pääaterioiden lukumäärä/pv _____ | | | | |
| 41. Välipalojen (myös makeat juomat, hedelmä, karkit jne.) lukumäärä/pv _____ | | | | |
| 42. Erytisyruokavalio (diabetes, laktoosi-intoleransi tms.) _____ | | | | |

Potilastietojen luovuttaminen

Annan suostumukseni siihen, että hoitavalle hammaslääkärille, lääkärille tai laitokselle lähetetään hoidon kannalta välttämättömät tiedot, tutkimukset ja hoitotiedot.

Annan suostumukseni ja vahvistan sen allekirjoituksellani

Potilaan allekirjoitus _____

Päiväys _____/_____/_____

Käännä

