

ESITIEDOT HOITOA VARTEN

Vastaamalla allaoleviin luottamuksellisiin kysymyksiin mahdollisimman tarkasti, autatte hammaslääkärinä hoitonne suunnittelussa.

HENKILÖTIEDOT

Nimi _____ Henkilötunnus _____
Osoite _____ Postinumero _____
Puhelin _____ Puhelin työ _____
Ammatti _____ Työpaikka _____

YLEISTERVEYS

	Kyllä	Ei
1.Oletteko nyt jatkuvassa lääkärinhoidossa? Lääkäri on _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Käytättekö säännöllisesti tai usein lääkkeitä? Mitä? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Oletteko allerginen jollekin lääke-tai muulle aineelle? Mille? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Onko teille koskaan käytetty paikallispuudutusta? Onko siitä ollut jotain ikävyyksiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Oletteko saanut sädehoitoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Oletteko raskaana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.Tupakoitteko säännöllisesti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.Onko teillä jokin seuraavista sairauksista tai oireista?		
Sydän- tai verisuonisairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kohonnut verenpaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veritauti, anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taipumus verenvuotoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sokeritauti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keuhkosairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kilpirauhasen sairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reumaattinen kuume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahahaava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Munuaissairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maksasairaus, hepatiitti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-infektio (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toistuva päänsärky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psyykinen sairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tekonivel (esim. lonkanivel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muu yleissairaus, mikä? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mistä kuulitte meistä ensimmäistä kertaa? Ystävältä [], Lehestä [], Google haulla [], Facebookista [],

Instagramista [] tai jokin muu, mikä? _____

Allekirjoittamalla tämän lomakkeen, hyväksyt tietojesi tallentamisen asiakas- ja potilasrekisteriin.

Päivämäärä _____ Allekirjoitus _____