

Seinäjoen Helmident Oy

ESITIEDOT HAMMASHOITOA VARTEN

Nimi _____
Henkilötunnus _____
Kotiosoite _____
Postitoimipaikka _____
Työpaikka _____
Puh. _____ (koti) _____ (työ)
Ammatti _____

Mahdollisimman tarkat tiedot alla oleviin kysymyksiin ovat tärkeitä hammashoitonne suunnittelua varten. Vastauksenne säilytetään luottamuksellisina.

1. Onko terveytenne tällä hetkellä hyvä?			5. Onko teille koskaan käytetty paikallispuudutusta?		
2. Oletteko nyt tai aikaisemmin ollut jatkuvassa lääkärin hoidossa? (muun kuin hammaslääkärin)			6. Oletteko raskaana? Laskettu aika / synnytys		
3. Käytättekö säännöllisesti tai usein lääkkeitä? Mitä?			7. Tupakoittekö? Paljonko?		
4. Oletteko yliherkkä eli allerginen jollekin lääkete tai muulle aineelle (esim. penisilliini, sulfa, aspiriini, jodi, kumi, jokin ruoka-aine) Mille?			8. Oletteko käyttänyt tai käytättekö suonensisäisiä huumeita?		

YLEISTERVEYS

KYLLÄ EI

KYLLÄ EI

ONKO TEILLÄ OLLUT JOKIN SEURAAVISTA SAIRAUKSISTA TAI OIREISTA

Sydän- tai verisuonisairaus		Reuma tai reumaattinen kuume	
Kohonnut verenpaine		Munuaissairaus	
Sokeritauti		Maksasairaus -hepatiitti B hepatiitti C hepatiitti D (merkitse kirjain)	
Astma		Epilepsia	
Psyykinen sairaus		Toistuva päänsärky	
HIV		Muu yleissairaus, mikä?	

ONKO TEILLÄ:

Tekonivel		Sydämen tahdistaja	
Tekoläppä		Tehty sydämen ohitusleikkaus	

Milloin hampaanne on viimeksi hoidettu kuntoon? _____

Minkä takia nyt hakeudutte hoitoon? _____

Jos yleis- tai hammaslääkäri on lähettänyt hoitoon, nimi? _____

Muu lisätieto, jonka haluatte esittää _____

Mistä kuulitte meistä ensimmäistä kertaa? Ystävältä [], Lehdessä [], Google haulla [], Facebookista [], Instagramista [], Jokin muu, mikä? _____

Paikka ja aika / 20.....

Potilaan allekirjoitus

Allekirjoittamalla tämän esitietolomakkeen hyväksyt tietojesi tallentamisen asiakas- ja potilasrekisteriin