ESITIEDOT HOITOA VARTEN

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

HENKILÖTIEDOT

Nimi _____ **Henkilötunnus** _____

Osoite _____ **Postinumero ja toimipaikka** _____

Puhelin _____ **Puhelin työ** _____

Ammatti _____ **Työpaikka** _____

YLEISTERVEYS

	Kyllä	Ei
1.Käytättekö säännöllisesti tai usein lääkkeitä? Mitä?	☐	☐
_____		
_____		
_____		
Onko jokin lääkkeistänne verenohennus- tai biologinen lääke?	☐	☐
2.Oletteko allerginen jollekin lääke- tai muulle aineelle? Mille?		
_____		
_____		
3.Onko teille koskaan käytetty paikallispuudutusta?	☐	☐
- Onko siitä ollut jotain ikävyyksiä?	☐	☐
4.Oletteko saanut sädehoitoa?	☐	☐
- Onko se kohdistunut pään tai kaulan alueelle?	☐	☐
5.Oletteko raskaana?	☐	☐
6.Tupakoin ☐ **Nuuskaan** ☐		
7.Onko teillä jokin seuraavista sairauksista tai oireista:		
Sydän- tai verisuonisairaus, mikä?	☐	☐
_____		
Kohonnut verenpaine	☐	☐
Veritauti, anemia	☐	☐
Taipumus verenvuotoon	☐	☐
Diabetes, tyyppi 1 ☐**, tyyppi 2** ☐		☐
Astma	☐	☐
Keuhkosairaus	☐	☐
Kilpirauhasen sairaus	☐	☐
Reuma	☐	☐
Reumaattinen kuume	☐	☐
Mahahaava	☐	☐
Munuaissairaus	☐	☐
Maksasairaus, hepatiitti	☐	☐
HIV-infektio (AIDS)	☐	☐
Sairaalabakteeri *(MRSA,ESBL,VRE tms)*	☐	☐
Toistuva päänsärky	☐	☐
Epilepsia	☐	☐
Psyykkinen sairaus	☐	☐
Tekonivel, mikä? _____	☐	☐
Muu yleissairaus, mikä?	☐	☐
_____		
_____		

Allekirjoittamalla tämän lomakkeen hyväksytte tietojenne tallentamisen asiakas- ja potilasrekisteriin henkilötietolain 24 § mukaisesti.

Päivämäärä _____ **Allekirjoitus** _____