

ESITIEDOT HOITOA VARTEN



Tiedot ovat luottamuksellisia. Ne auttavat hoitonne suunnittelussa.

Nimi _____ Henkilötunnus _____
Lähiosoite _____ Ammatti, työpaikka _____
Postinro ja -toimipaikka _____ Puh. koti _____ työ _____
Sähköposti _____ matkapuhelin _____

Onko terveytenne hyvä? Kyllä Ei

Oletteko nyt tai aikaisemmin ollut jatkuvassa lääkärihoidossa?

Miksi? _____

Käyttekö säännöllisesti / usein lääkettä? Mitä?

Oletteko yliherkkä/allerginen lääke- tai muulle aineelle?

(esim. penisilliini, sulfa, aspiriini, jodi, kumi)

Mille? _____

Onko puuduttaminen aiheuttanut ongelmia?

Oletteko raskaana?

Oletteko saanut pään/kaulan alueen sädehoitoa?

Onko teillä tai onko ollut jokin seuraavista sairauksista?

Sydän- tai verisuonisairaus

Kohonnut verenpaine

Reumasairaus, reumaattinen kuume

Veritauti, anemia

Verenvuototaipumus

Diabetes

Hengityselinsairaus, astma

Kilpirauhasen sairaus

Nivelreuma

Munuaissairaus

Maksasairaus, hepatiitti, HIV

Osteoporoosi

Neurologinen sairaus, epilepsia

Heikko näkö tai kuulo

Syöpäsairaus

Psykinen sairaus

Suolistosairaus

Tuki- ja liikuntaelinsairaus

Muu yleissairaus, mikä?

Onko teillä tekonivel, sydämentahdistaja tai sydämen keinoläppä?

Onko teillä ollut tulehduksia tai jokin sairaus suun, nielun, pään tai kasvojen alueella?

Onko teillä jokin seuraavista oireista?

Kipua kasvoissa, leukanivelissä tai vaikea avata suuta

Rahinaa / naksumista leukanivelissä

Puruarkuutta jossakin hampaassa

Verenvuotoa ikenistä

Suun kuivumista

Suun tai kielen arkuutta tai kivelyä

Hammassärkyä

Vihlontaa, kylmä/kuuma/makea

Toistuva päänsärky

Kuinka usein harjaatte / puhdistatte

hampaat 2 krt/pv 1 krt/pv harvemmin

hammasvälit 1 krt/pv 1-2 krt/vk harvemmin

Tupakoitko tai käyttekö nuuskaa? Kyllä Ei

Juotteko virvoitus-/urheilu-/energiajuomia?

Syöttekö usein välipaloja?

Onko teillä hammashoitopelkoa?

Toivotteko puudutusta hoidon ajaksi?

Milloin hampaanne on viimeksi hoidettu kuntoon?

Minkä takia nyt hakeudutte hoitoon?

Onko hampaidenne ulkonäössä häiritseviä tekijöitä?

Muu lisätieto, jonka haluatte esittää:

HENKILÖTIETOLAIN (523/99) MUKAINEN INFORMOINTI

Henkilötietonne tallennetaan rekisteriin, jota ylläpitää tässä antamanne suostumuksen mukaan Hammashoitoasema Dentti. Henkilötiedot ovat salassapidettäviä ja niitä luovutetaan vain lakiin perustuen tai luvallanne. Teillä on mahdollisuus tarkistaa rekisteriin tallennetut tietonne. Tietoja käsitellään vain hoitosuhteeseen liittyvinä.

Päiväys _____ / _____ 20_____

Potilaan allekirjoitus