

Nimi

Lähiosoite

Postinumero ja -toimipaikka

Puh. koti

Matkapuhelin

## Esitiedot hammashoitoa varten

Pellavanhammas Oy Hammaslääkärikeskus

Henkilötunnus

Ammatti, työpaikka

Puh. työ

Sähköposti

1. Onko terveytenne mielestänne hyvä?  Kyllä  Ei  En tiedä

2. Oletteko nyt tai aikaisemmin ollut jatkuvassa lääkärinhoidossa? Miksi?  Kyllä  Ei  En tiedä

3. Käytättekö säännöllisesti tai usein lääkettä? Mitä?  Kyllä  Ei  En tiedä

4. Käytättekö verta ohentavaa lääkitystä? Primaspan? Aspirin? Marevan?  Kyllä  Ei  En tiedä

5. Onko teillä nyt tai aikaisemmin ollut jokin seuraavista sairauksista tai oireista?

Sydän- tai verisuonisairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kohonnut verenpaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reumaattinen kuume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veritauti, anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verenvuototaipumus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sokeritauti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nivelreuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Munuaissairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maksasairaus, hepatiitti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiv-infektio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psyykinen sairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muu yleissairaus, mikä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Yliherkkyydet/allergisuudet  Kyllä  Ei  En tiedä

7. Oletteko saanut sädehoitoa?  Kyllä  Ei  En tiedä

8. Onko teillä

tekonivel  Kyllä  Ei

sydämentahdistin  Kyllä  Ei

sydämen tekoläppä  Kyllä  Ei

9. Oletteko raskaana?  Kyllä  Ei  En tiedä

10. Tupakoittekö?  Kyllä  Ei

11. Milloin viimeksi olette ollut hammashoidossa?

12. Minkä takia nyt hakeudutte hoitoon?

13. Muu, lisätieto, esim. sotaveteraani

Annan suostumukseni potilastietojeni tallentamiseen keskitettyyn rekisteriin.

Henkilötietolain (523/99) mukainen informointi Antamane tiedot tallennetaan potilasrekisteriin, jonka pitäjä on a) hammaslääkäri b) keskitetty rekisteri. Hammaslääkärikeskuksen hammaslääkärit yhteisesti ylläpitävät rekisterin-pitoon. Potilastietonne ovat salassa pidettäviä.

Päivämäärä

Allekirjoitus