

|  |  |
|--|--|
| Sukunimi (myös aikaisemmat):   |  |
| Etunimet:  | Henkilötunnus:   |
| Lähiosoite:  |  |
| Postinumero ja -toimipaikka:   | Sähköpostiosoite:  |
| Ammatti:   | Työnantaja:  |
| Gsm / puhelin:   | Työpuhelin:  |
| Mistä syystä hakeudutte nyt hoitoon?   |  |
| Aikaisempi hammashoito vuonna:   | Missä?:  |
| Oletteko raskaana? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei  | <input type="checkbox"/> Säännöllinen lääkitys:<br><br><input type="checkbox"/> En käytä säännöllistä lääkitystä.<br><br><input type="checkbox"/> Erityisruokavalio:<br><br>Onko terveytenne tällä hetkellä mielestänne hyvä? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei   |
| Laskettu aika:   |  |
| Oletteko saanut oireita paikallispuudutuksesta?<br><input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä? _____   |  |
| Onko teille annettu sädehoitoa pään, leukojen tai kaulan alueelle? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei  |  |
| Oletteko yliherkkä tai allerginen jollekin lääke- tai muille aineille (esim. Penisiliini, aspiriini, kumi, jokin ruoka-aine?)<br><input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, mille?  |  |
| Mikäli teillä on / on ollut jokin seuraavista sairauksista tai oireista, merkitkää rasti ruutuun:  |  |
| <input type="checkbox"/> Sydän- tai verisuonisairaus<br><input type="checkbox"/> Sydämentahdistin, tekoläppä<br><input type="checkbox"/> Kohonnut verenpaine<br><input type="checkbox"/> Veritauti, anemia<br><input type="checkbox"/> Taipumus verenvuotoon<br><input type="checkbox"/> Sokeritauti<br><input type="checkbox"/> Nivelreuma<br><input type="checkbox"/> Reumaattinen kuume<br><input type="checkbox"/> Keuhkosairaus, astma<br><input type="checkbox"/> Kilpirauhasen sairaus<br><input type="checkbox"/> Tekonivel, tekoverisuoni | <input type="checkbox"/> Vatsahaava<br><input type="checkbox"/> Munuaissairaus<br><input type="checkbox"/> Maksasairaus, hepatiitti<br><input type="checkbox"/> AIDS- tai HIV-tartunta<br><input type="checkbox"/> Epilepsia<br><input type="checkbox"/> Psykykinen sairaus<br><input type="checkbox"/> Elinsiirto<br><input type="checkbox"/> Toistuva päänsärky<br><input type="checkbox"/> Tupakoitteen säännöllisesti? <input type="checkbox"/> Kyllä, _____ savuketta / päivä <input type="checkbox"/> En<br><input type="checkbox"/> Muu yleissairaus, mikä? _____ |
| Muita lisätietoja:   |  |
| <b>Henkilölain (523/1999) mukainen informointi:</b><br>Henkilötietonne tallennetaan asiakasrekisteriimme. Henkilötiedot ovat salassa pidettäviä ja niitä luovutetaan vain lakiin perustuen luvallanne. Sinulla on mahdollisuus tarkistaa rekisteriimme tallennetut Sinua koskevat tiedot käynnin yhteydessä tai kirjallisella pyynnöllä.   |  |
| Päiväys  | Allekirjoitus  |