

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: <input type="checkbox"/> En käytä säännöllistä lääkitystä. <input type="checkbox"/> Erityisruokavalio: Onko terveytenne tällä hetkellä mielestänne hyvä? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Laskettu aika:	
Oletteko saanut oireita paikallispuudutuksesta? <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?) <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	<input type="checkbox"/> Vatsahaava
<input type="checkbox"/> Sydämentahdistin, tekoläppä	<input type="checkbox"/> Munuaissairaus
<input type="checkbox"/> Kohonnut verenpaine	<input type="checkbox"/> Maksasairaus, hepatiitti
<input type="checkbox"/> Veritauti, anemia	<input type="checkbox"/> AIDS- tai HIV-tartunta
<input type="checkbox"/> Taipumus verenvuotoon	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Sokeritauti	<input type="checkbox"/> Psykykinen sairaus
<input type="checkbox"/> Nivelreuma	<input type="checkbox"/> Elinsiirto
<input type="checkbox"/> Reumaattinen kuume	<input type="checkbox"/> Toistuva päänsärky
<input type="checkbox"/> Keuhkosairaus, astma	<input type="checkbox"/> Tupakoitteen säännöllisesti? <input type="checkbox"/> Kyllä, _____ savuketta / päivä <input type="checkbox"/> En
<input type="checkbox"/> Kilpirauhasen sairaus	<input type="checkbox"/> Muu yleissairaus, mikä? _____
<input type="checkbox"/> Tekonivel, tekoverisuoni	
Muita lisätietoja:	
Henkilölain (523/1999) mukainen informointi: 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