



Hammashuolto

ESITIEDOT HAMPAIDEN JA SUUN HOITOA VARTEN

nimi _____ henkilötunnus _____

osoite _____ puh. _____

ammatti _____ työpaikka _____

YLEISTERVEYS

Millaiseksi koette terveyttenne tällä hetkellä? _____

Tupakoitko? kyllä en

Oletteko saanut sädehoitoa pään tai kaulan alueelle? kyllä en

Oletteko raskaana? kyllä en

Onko Teillä tai onko teillä ollut jokin seuraavista sairauksista?

Allergia (lääkkeet, jokin muu) mikä? _____

- Sydän- tai verisuonisairaus
- infarkti
- sydämen tahdistin
- läppävika
- tekoläppä
- onko tehty sydänleikkaus

- Kilpirauhasen sairaus
- Syöpäsairaus
- Neurologinen sairaus (esim. epilepsia)
- Toistuva päänsärky
- Onko teille asennettu tekonivel
- Onko teille tehty elinsiirto
- MRSA tai vastaava sairaalabakteeri
- HIV

- Aivoinfarkti
- Kohonnut verenpaine
- Veri- tai verenvuotosairaus

Muu sairaus, mikä _____

- Diabetes
- Hengityselinsairaus, astma
- Reumasairaus
- Munuaissairaus
- Mahahaava
- Maksasairaus
- Hepatiitti

Muu lisätieto, jonka haluatte esittää:

Käytän säännöllisesti lääkkeitä. Mitä? _____

_____/_____
Päiväys Allekirjoitus