

Sukunimi	Henkilötunnus
Etunimi	Oma puhelinnumero
Osoite	Postinumero ja -toimipaikka
Huoltajan nimi	Koulu/Päiväkoti/Hoitopaikka
Huoltajan puhelinnumero	Luokka/Ryhmän nimi

YLEISTERVEYS

Allergiat: _____

Sairaudet: _____

Lääkkeet: _____

SUUNHOITOTOTTUMUKSET

Hampaiden harjaus

2 kertaa päivässä kerran päivässä muu: _____

Autetaanko lasta hampaiden pesussa? kyllä ei

Onnistuuko harjaus hyvin kohtalaisesti huonosti

Haluatteko/tarvitsetteko apua/vinkkejä? _____

Onko käytössä tavallinen hammasharja sähköhammasharja

hammaslanka

Hammastahna fluoripitoinen hammastahna muu: _____

Onko päiväkodissa käytössä aterian jälkeen

ksylitoli hampaiden harjaus

TAVAT

Imetys

Tuttipullo

Tutti

kyllä ei

kyllä ei

kyllä ei

Sormien/peukalon imeminen

kyllä ei

RUOKAILUT

- säännöllinen ateriarytmi kyllä ei
- napostellaanko teillä aterioiden välissä kyllä ei
- erityisruokavalio kyllä ei

Herkkujen käyttö

- ei lainkaan kerran viikossa 1 - 3 kertaa viikossa
- päivittäin aterian yhteydessä

Janojuoma

- vesi maito mehu muu: _____

Virvoitusjuomien/mehujen käyttö

- päivittäin viikoittain harvemmin ei lainkaan

Ksylitolin käyttö

- aterioiden jälkeen 1-2 kertaa päivässä ei käytössä

-
- Kärsittekö itse hammashoitopelosta? kyllä ei
- Kärsiikö lapsenne hammashoitopelosta? kyllä ei
- Esiintyykö lähisukulaisillanne synnynnäisiä hammaspuutoksia tai hampaiden ylilukuisuutta? kyllä ei

Päiväys ja huoltajan allekirjoitus

Tiedot ovat luottamuksellisia ja auttavat hammashoidon toteutusta