

ESITIEDOT HOITOA VARTEN

Mahdollisimman tarkat vastaukset allaoleviin kysymyksiin ovat tärkeitä hammashoitonne suunnittelua varten. Vastauksenne säilytetään luottamuksellisina.

Nimi _____ Henkilötunnus _____
Kotiosoite _____ Postinro- ja toimipaikka _____
Kotikunta _____ Puh _____

YLEISTERVEYS

- | | Kyllä | Ei |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Oletteko nyt tai aikaisemmin ollut jatkuvassa lääkärinhoidossa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Käyttättekö säännöllisesti jotain lääkettä?
Mitä lääkettä? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Oletteko yliherkkä eli allerginen jollekin lääke- tai muulle aineelle?
esim. penisilliini, sulfa, kumi? Mille? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Onko Teille käytetty paikallispuudutusta?
Onko siitä ollut jotain ikävyyksiä? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Oletteko saanut sädehoitoa? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Oletteko raskaana? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Tupakoitteko? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Onko Teillä jokin seuraavista sairauksista tai oireista? | | |
| Sydän- tai verisuonisairaus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sydämen tahdistin tai tekoläppä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kohonnut verenpaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Veritauti, anemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Taipimus verenvuotoon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sokeritauti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Astma tai keuhkosairaus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kilpirauhasen sairaus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reuma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reumaattinen kuume | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mahahaava | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Munuaissairaus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maksasairaus, hepatiitti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HIV-infektio, AIDS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MRSA, muu resistentti bakteeri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toistuva päänsärky | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psyykinen sairaus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Muu yleissairaus, mikä? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tekonivel (esim. lonkkanivel?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Onko Teillä muuta, mitä? _____ | | |
| 10. Oletteko olleet viimeisen kuluneen vuoden aikana lääkärin tai sairaalahoidossa ulkomailla? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Minkä takia nyt hakeudutte hoitoon? _____ | | |
| 12. Toivotteko puudutusta hoidon ajaksi? _____ | | |
| 13. Koska hampaanne on viimeksi hoidettu kuntoon? _____ | | |

Päiväys

Potilaan allekirjoitus