

Vastauksenne ovat luottamuksellisia ja auttavat hoitohenkilökuntaa lapsenne hoidon suunnittelussa.

### HENKILÖ- JA YHTEYSTIEDOT

Nimi \_\_\_\_\_ Henkilötunnus \_\_\_\_\_  
 Osoite \_\_\_\_\_ Kotikunta \_\_\_\_\_  
 Lapsen puhelinnumero \_\_\_\_\_  
 Koulu \_\_\_\_\_ Luokka \_\_\_\_\_  
 Huoltajan nimi \_\_\_\_\_ Puhelinnumero \_\_\_\_\_  
 Huoltajan nimi \_\_\_\_\_ Puhelinnumero \_\_\_\_\_  
 Huoltajan sähköpostiosoite \_\_\_\_\_  
 Huoltajan sähköpostiosoite \_\_\_\_\_

### SAIRAUDET, ALLERGIAT JA LÄÄKITYS

Onko lapsellanne jokin yleissairaus?  Ei  Kyllä, mikä? \_\_\_\_\_  
 Onko hänellä säännöllistä lääkitystä?  Ei  Kyllä, mikä? \_\_\_\_\_  
 Onko lapsellanne jokin allergia?  Ei  Kyllä, mikä? \_\_\_\_\_

### TERVEYSTOTTUMUKSET

**Kuinka usein lapsenne hampaat harjataan fluorihammastahnalla?**

2 kertaa päivässä  kerran päivässä  harvemmin

**Kuinka usein lapsenne käyttää ksylitolivalmisteita (ksylitolipastillit tai -purkat)?**

säännöllisesti päivittäin  harvemmin tai ei lainkaan

**Kuinka monta ateriaa lapsenne syö päivässä (aamupala, lounas, välipala, päivällinen, iltapala)?**

5 ateriaa tai enemmän  3–4 ateriaa tai vähemmän

**Kuinka usein lapsenne syö makeita välipaloja (mehut, limsat, karkit, jäätelöt, sipsit yms.)?**

päivittäin  viikoittain  harvemmin

Asiat, jotka toivotte huomioitavan lapsenne hammashoidossa:

Päiväys ja allekirjoitus

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_\_\_