

Vastauksenne ovat luottamuksellisia ja auttavat hoitohenkilökuntaa hoitonne suunnittelussa.

HENKILÖ- JA YHTEYSTIEDOT

Nimi _____ Henkilötunnus _____
 Osoite _____ Kotikunta _____
 _____ Puhelinnumero _____
 Sähköpostiosoite _____ Opiskelupaikka _____

TERVEYDENTILA, SAIRAUDET, ALLERGIAT JA LÄÄKITYS

Onko teillä ollut tai onko teillä nyt jokin seuraavista sairauksista?

- Sydänsairaus, verenkiertohäiriö tai kohonnut verenpaine, mikä? _____
 Tuki- ja liikuntaelinten sairaus (esim. reuma), mikä? _____
 Hengityselinten sairaus (esim. astma), mikä? _____
 Neurologinen sairaus (esim. epilepsia, MS-tauti), mikä? _____
 Psykkinen sairaus, mikä? _____
 Diabetes
 Jokin seuraavista tarttuvista taudeista: HIV+, Hepatiitti B/C, MRSA, Tuberkuloosi, mikä? _____

- Allergia (esim. penisilliini, kumi), mikä? _____
 Jokin muu yllämainitsematon sairaus, mikä? _____
 Sairaus, jonka vuoksi tarvitsette hoidoissanne antibioottiprofylaksia (esim. sydämen läppäproteesi), mikä?

Onko teillä käytössänne verenhennuslääke ei kyllä, mikä? _____
 Mitä lääkkeitä käytätte säännöllisesti? _____

Onko teille aikaisemmin käytetty paikallispuudutetta? ei kyllä
 Onko puudutuksesta ollut jotain haittaa? ei kyllä, mitä? _____
 Oletteko saanut sädehoitoa pään alueelle? en kyllä, milloin? _____
 Oletteko raskaana? en kyllä, laskettu aika on: _____

TERVEYSTOTTUMUKSET

Kuinka usein harjaatte hampaanne fluorihammastahnalla? _____ kertaa/vrk
 Käytättekö säännöllisesti ksylitolivalmisteita (purukumia tai pastillia)? kyllä en
 Kuinka usein syötte makeita välipaloja (mehut, virvoitus- ja energijuomat, pullat, keksit, karkit, jäätelöt, sipsit yms.)?
 1–3 krt/viikko 3–6 krt/viikko päivittäin tai useammin
 Tupakoitteko? en kyllä
 Käytättekö nuuskaa? en kyllä

HOITON HAKEUTUMINEN

Miksi hakeuduitte hoitoon? _____

 Milloin olette viimeksi käynyt hammashoidossa? _____
 Toivon, että hoitohenkilökunta huomioi hoidossani: _____

Päiväys ja allekirjoitus

____ / ____ 20____