

Sukunimi (myös entiset)	Henkilötunnus	
Etunimi	Puhelin kotiin/työhön	Matkapuhelin
Osoite	Postinumero/-toimipaikka	Kotikunta
Ammatti	Työpaikka	
Huoltajan nimi (alle 18-vuotiaiden)	Koulu	Luokka

Tiedot ovat luottamuksellisia ja auttavat hammashoidon toteutusta

YLEISTERVEYS		kyllä	ei		kyllä	ei
Onko terveytenne nyt hyvä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Oletteko allerginen jollekin lääk- tai muulle aineelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletteko ollut jatkuvassa lääkäri- tai sairaalahoidossa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		- lääkeaine, mikä		
Onko teillä lääkkeitä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____		
- mikä lääke?				- muu, mikä		
_____				_____		
Oletteko raskaana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Onko tullut ongelmia paikallispuudutuksesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- laskettu aika _____						
Käyttättekö huumeita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Oletteko saanut sädehoitoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SAIRAUDET		kyllä	ei		kyllä	ei
Onko teillä jokin seuraavista sairauksista?						
Sydän- ja verisuonisairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hepatiitti B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kohonnut verenpaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hepatiitti C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veritauti, anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		HIV-infektio (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taipumus verenvuotoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Toistuva päänsärky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Psyykinen sairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kilpirauhasen sairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Muu yleissairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		- mikä _____		
Munuaissairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____		
Maksasairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tekonivel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Sydämen tekoappä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Sydämen tahdistin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUUTA HUOMIOITAVAA: _____

Päiväys ja allekirjoitus