

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Lähiosoite: _____ Ammatti / työpaikka: _____

Postinumero / toimipaikka: _____

Matkapuhelin: _____ Puh.työ: _____ Puh.koti: _____

E-mail: _____

	KYLLÄ	EI	EN TIEDÄ		KYLLÄ	EI
1. Onko terveyttenne mielestänne hyvä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Yliherkkyydet / allergisuudet lääke- tai muulle aineelle? Mille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Oletteko nyt tai aikaisemmin ollut jatkuvassa lääkärinhoidossa? Miksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Oletteko saanut sädehoitoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Käytättekö säännöllisesti tai usein lääkettä? Mitä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Onko teillä ollut sairaalabakteeri (esim. MRSA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Käytättekö verta ohentavaa lääkitystä? Aspirin? Disperin? Primaspan? Marevan? Plavix?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Onko teillä: tekonivel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Onko teillä jokin seuraavista sairauksista tai oireista? Sydän- tai verisuonisairaus				10. Oletteko raskaana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-infarkti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		11. Tupakoitteko? Nikotiinikorvaushoito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-sydämen tahdistin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		12. Narskutteletteko hampaitanne?		
-läppävika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		13. Milloin viimeksi olette olleet hammashoidossa?		
-tekoläppä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		14. Minkä takia hakeudutte hoitoon?		
Kohonnut verenpaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Lähettävä hammaslääkäri?		
Reumaattinen kuume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Muu lisätieto, esim. sairaskassa, sotaveteraani.		
Veritauti, anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Verenvuototaipumus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Mustelmaherkkyys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sokeritauti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nivelreuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Munuaissairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
HIV-infektio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Psykykinen sairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Muu yleissairaus, mikä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

HENKILÖTIETOLAIN (523/99) MUKAINEN INFORMOINTI

Henkilötietonne tallennetaan rekisteriin, jota ylläpitää tässä antamallanne suostumuksella Hammasklinikka Dentori Oy ja Torinkulman hammaslääkärit. Henkilötiedot ovat salassa pidettäviä ja niitä luovutetaan vain lakiin perustuen ja luvallanne. Teillä on mahdollisuus tarkistaa rekisteriin tallennetut tietonne.

Päivämäärä _____

Allekirjoitus _____