

Yliopistonkatu 19 A 3 krs, 20100 Turku

Puh. (02) 4140 600

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 lääkärinhuoissa? Miksi?<br>_____                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Tupakoitko?<br>Nikotiinikorvaushoito?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Käytättekö säännöllisesti tai usein lääkettä? Mitä?<br>_____<br>_____                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Onko teillä: tekonivel?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Käytättekö verta ohentavaa lääkitystä? Aspirin? Disperin? Primaspan? Marevan? Plavix?<br>_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Oletteko saanut sädehoitoa?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          |                          | 10. Onko teillä todettu sairaalabakteeri (esim. MRSA)?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          |                          | 11. Oletteko raskaana?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |  | KYLLÄ                    | EI                       | EN TIEDÄ                 |   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 5. Onko teillä jokin seuraavista sairauksista tai oireista?<br>Sydän- tai verisuonisairaus |                          |                          |                          | 12. Narskutteletteko hampaitanne?<br>_____                    |
| -infarkti  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | 13. Milloin viimeksi olette olleet hammashoidossa?<br>_____   |
| -sydämen tahdistin   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | 14. Minkä takia hakeudutte hoitoon?<br>_____                  |
| -läppävika / tekoläppä   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | 15. Lähettävä hammaslääkäri?<br>_____                         |
| Kohonnut verenpaine  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. Muu lisätieto, esim. sairaskassa, sotaveteraani.<br>_____ |
| Veritauti, anemia  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| Verenvuoto- tai 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"/> |   |
| Maksasairaus   | <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"/> |   |
| Psyykinen 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 \_\_\_\_\_