

ESITIETOLOMAKE



YHTEYSTIEDOT

Sukunimi	Henkilötunnus	
Etunimet	Lähiosoite	
Puhelinnumero	Postinumero	Toimipaikka
Puhelin työ/virka-aikana	Sähköposti	
Ammatti	Työpaikka	

ESITIEDOT HAMMASHOITOA VARTEN

Terveystänne koskevat tiedot ovat tärkeitä hammashoidon suunnittelussa ja toteutuksessa.

Viimeisimmän hammastarkastuksen ajankohta: _____

	ei	kyllä	mitä / mikä
Onko teillä tällä hetkellä oireita suussa/hampaissa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Onko teillä jokin yleissairaus? (esim. sydän- ja verisuonisairaus, diabetes, astma, reuma, hepatiitti, hi-virus, osteoporoosi, MRSA, VRE tai vastaava sairaalabakteeri)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Käytättekö säännöllisesti jotain lääkitystä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Onko teitä hoidettu biologisella lääkkeellä viimeisten kahden vuoden aikana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Onko teillä sydämentahdistin tai keinoläppä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Onko teillä keinonivel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Onko teillä lääkeaineallergioita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Onko paikallisuudutuksen käytöstä aiheutunut ongelmia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Oletteko ollut leikkaushoidossa viimeisen vuoden aikana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Oletteko saaneet sädehoitoa pään/kaulan alueelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Oletteko raskaana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laskettu aika: _____

Muut lisätiedot jotka haluatte esittää: _____

Annan suostumukseni potilastietojen tallentamiseen Limingan Hammaspeippo Oy:n potilastietojärjestelmään. Antamanne tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja niitä luovutetaan muille vain luvallanne tai lain perusteella.

Päiväys: ____ / ____ / _____

Allekirjoitus: _____