



## ESITIEDOT

Tiedot ovat luottamuksellisia.

Etunimi: \_\_\_\_\_ Henkilötunnus: \_\_\_\_\_  
Sukunimi: \_\_\_\_\_ Puhelinnumero: \_\_\_\_\_  
Lähiosoite: \_\_\_\_\_ Sähköpostiosoite: \_\_\_\_\_  
Postinumero: \_\_\_\_\_ Ammatti ja työpaikka: \_\_\_\_\_  
Postitoimipaikka: \_\_\_\_\_ Työpuhelin: \_\_\_\_\_

### TERVEYTTÄ KOSKEVAT TIEDOT

Onko terveydentilasi hyvä kohtalainen huono?

Käytätkö säännöllisesti jotain lääkettä? En Kyllä,  
lääkkeiden nimet: \_\_\_\_\_

Oletko allerginen jollekin lääkkeelle tai aineelle?

Oletko saanut sädehoitoa? En Kyllä, mille alueelle?

Onko Sinua puudutettu aikaisemmin? Ei Kyllä, haittavaikutuksia?

Oletko raskaana? En Kyllä, milloin on laskettu aika?

Tupakoitko? En Kyllä, kauanko olet tupakoinut? \_\_\_\_\_ Montako savuketta poltat päivässä?

Onko Sinulla jokin seuraavista sairauksista tai oireista?

|                             |                       |                          |
|-----------------------------|-----------------------|--------------------------|
| sydän- tai verisuonisairaus | astma                 | maksasairaus, hepatiitti |
| sydämentahdistin            | keuhkosairaus         | munuaissairaus           |
| kohonnut verenpaine         | kilpirauhasen sairaus | HIV-infektio (AIDS)      |
| veritauti, anemia           | reuma                 | epilepsia                |
| taipumus verenvuotoon       | reumaattinen kuume    | psykkinen sairaus        |
| sokeritauti                 | mahahaava             | toistuva päänsärky       |
| muu yleissairaus:           |                       |                          |

Onko Sinulla tekonivel tai sydämen tahdistin?

Onko Sinulla ollut sairaalabakteeri (esim. MRSA)?

Muuta erityistä: \_\_\_\_\_

### SUUN JA HAMPAITTEN TERVEYS

Onko Sinulla jokin seuraavista oireista tai vaivoista?

|   |  |
|---|--|
| ienverenvuotoa                          | pahaa hajua tai makua suussa             |
| turvotusta ikenissä                     | suun kuivumista                          |
| kasvokipua, leukanivelkipua             | jatkovaa hammassärkyä                    |
| suun avaamisvaikeutta                   | jääkö ruokaa hampaitten väliin?          |
| puruarkuutta hampaassa                  | vihlooko hampaita (kylmä/kuuma/makea)?   |
| puristatko hampaita tiukasti yhteen tai | onko jokin hammas siirtynyt paikoiltaan? |
| narskutteletko hampaita?                |  |

Onko jotain muuta vaivaa? Mitä?

Milloin hampaasi on viimeksi hoidettu kuntoon?

Hampaitten ulkonäköä häiritsevät tekijät?

Hoitoontulon syy (kutsu, särky, lähete jne.)?

Puudutustoive: \_\_\_\_\_

Henkilötietonne talletetaan rekisteriin. Tiedot ovat salassa pidettäviä ja niitä luovutetaan vain lakiin perustuen tai luvallanne. Tietoja käsitellään vain hoitosuhteeseen liittyvinä. Potilasrekisterin tarkoituksena on potilaan tutkimusten ja hoidon suunnittelu sekä sopimuksen mukainen tiedotus potilaille mm. määräaikaikutsun muodossa. Henkilötietolain 10 § mukainen rekisteriseloste on saatavilla.

Annan suostumukseni hoitavalle hammaslääkärikeskukselle ylläpitää henkilötietoja.

Päiväys

Potilaan allekirjoitus