



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.