

# ESITIEDOT HOITOA VARTEN

Vastaamalla allaoleviin **luottamuksellisiin** kysymyksiin mahdollisimman tarkasti, autatte hammaslääkärinä hoitonne suunnittelussa.

Nimi _____	Henk.tunnus _____
Kotiosoite _____	Postinumero _____
Sähköpostiosoite _____	Ammatti _____
Puh. koti _____ Puh. työ _____	Työpaikka _____
Käsi puhelin _____	<b>MISTÄ LÖYSIT MEIDÄT?</b> _____

## YLEISTERVEYS

### Onko Teillä, tai onko ollut, jokin seuraavista sairauksista tai oireista?

- Sydän- tai verisuonisairaus
- Kohonnut verenpaine
- Taipumusta verenvuotoon
- Tahdistin tai tekoläppä
- Diabetes
- Reuma tai reumaattinen kuume
- Munuaissairaus
- Hepatiitti tai muu maksasairaus
- Astma
- Epilepsia
- Kasvain
- Oletteko saaneet sädehoitoa tai sytostaattia?
- Psykkinen sairaus
- HIV (hammassairaudet hoidetaan keskussairaalassa)

- Muu yleissairaus  
Mikä \_\_\_\_\_
- Onko Teillä tekonivel tai verisuoniproteesi?
- Onko Teille tehty elinsiirto?
- Käytättekö säännöllisesti tai usein lääkettä?  
Mitä \_\_\_\_\_
- Oletteko yliherkkä eli allerginen esim. lääkeaineet, kumi, metallit, muovit, jokin muu aine?  
Mille \_\_\_\_\_
- Onko Teille koskaan käytetty paikallispuudutusta?
- Onko siitä ollut jotain ikävyyksiä?
- Oletteko raskaana?
- Tupakoittekö säännöllisesti?  
Montako savuketta/pv \_\_\_\_\_
- Alkoholin käyttö  
Kuinka usein? \_\_\_\_\_

## SUUN JA HAMPaidEN TERVEYS

<b>KYLLÄ</b> <input type="checkbox"/> Vuotavatko ikenenne verta? <input type="checkbox"/> Onko Teillä pahaa hajua tai makua suussanne <input type="checkbox"/> Oletteko havainneet jonkun hampaan liikkuvan tai siirtyneen? <input type="checkbox"/> Onko jokin hammas arka pureksessa? <input type="checkbox"/> Tuntuuko purentanne tasaiselta? <input type="checkbox"/> Kuivaako ja/tai kirveleekö suutanne? <input type="checkbox"/> Onko hampaittenne ulkonäössä häiritseviä tekijöitä? Mitä _____ <input type="checkbox"/> Kipua kasvoissa, leukanivelissä tai vaikeuksia suun avaamisessa	<b>KYLLÄ</b> <input type="checkbox"/> Rahinaa ja naksuntaa leukanivelissä? <input type="checkbox"/> Puristattekö hampaitanne tiukasti yhteen tai narskutattekö hampaitanne? <input type="checkbox"/> Onko purentanne mielestänne riittävä? <input type="checkbox"/> Pelkäätekö hammashoitoa? Milloin hampaanne on viimeksi hoidettu kuntoon? Vuonna _____ Minkä vuoksi nyt hakeudutte hoitoon? _____
--	--

### Onko käytössä päivittäin

- Sähköharja  Käsiharja

### Käytättekö hammasvälien puhdistamiseen

- Hammasväliharja  Tikku  Hammaslanka

## TÄYTETÄN HOITOHUONEESSA

HENKILÖTIETOLAIN (523/99) MUKAINEN INFORMOINTI  
Henkilötietonne tallennetaan rekisteriin, jota ylläpitää tässä antamanne suostumuksen perusteella

- hoitava hammaslääkäri  hammaslääkärikeskus

Henkilötiedot ovat salassapidettäviä ja niitä luovutetaan vain lakiin perustuen tai luvallanne. Tietoja käsitellään vain hoitosuhteeseen liittyvinä. Teillä on mahdollisuus tarkistaa rekisteriin tallennetut tietonne.

Päivämäärä

/ 20

Potilaan allekirjoitus

Hammaslääkärin allekirjoitus