



ESITIEDOT HAMMASHOITOA VARTEN

Nimi:	Henkilötunnus:
Osoite:	
Puhelin päivisin:	Matkapuhelin:
Ammatti:	Työpaikka:
ONKO TEILLÄ TODETTU JOKIN SEURAAVISTA SAIRAUKSISTA TAI OIREISTA TAI TEHTY JOKIN ALLA MAINITUISTA TOIMENPITEISTÄ? (rastittakaa)	
<input type="checkbox"/> taipumus verenvuotoon	<input type="checkbox"/> minulla ei ole todettu yleissairauksia tai tässä mainittuja oireita eikä minulle ole tehty tässä mainittuja toimenpiteitä
<input type="checkbox"/> veranpainetauti; viimeisimmän mittauksen tulos: ____ / ____	
<input type="checkbox"/> sydänvika, mikä: _____	
<input type="checkbox"/> sydämen tekoläppä, vuodesta: _____	
<input type="checkbox"/> sydämen tahdistin, vuodesta: _____	
<input type="checkbox"/> verisuoniproteesi, vuodesta: _____	
<input type="checkbox"/> keino niveliä, vuodesta: _____	<input type="checkbox"/> tupakoin
<input type="checkbox"/> sädehoito pään tai kaulan alueelle, vuonna: _____	<input type="checkbox"/> käytän nuuskaa
<input type="checkbox"/> diabetes	
<input type="checkbox"/> reumasairaus	RASKAUS
<input type="checkbox"/> maksasairaus, mikä: _____	<input type="checkbox"/> olen raskaana
<input type="checkbox"/> munuaissairaus	laskettu aika: _____
<input type="checkbox"/> hiv/aids	<input type="checkbox"/> imetän
<input type="checkbox"/> keuhkosairaus, astma	
<input type="checkbox"/> psyykkinen sairaus, hermoston sairaus	
<input type="checkbox"/> epilepsia	
<input type="checkbox"/> jokin muu sairaus, mikä? _____	
YLIHERKKYYS LÄÄKEAINEELLE TAI MUULLE	
<input type="checkbox"/> yliherkkyys lääkaineelle, mille: _____	
<input type="checkbox"/> muu yliherkkyys, mille: _____	
SÄÄNNÖLLISESTI KÄYTETYT LÄÄKKEET	
<input type="checkbox"/> osteoporoosilääke _____ alkaen	
<input type="checkbox"/> Marevan tai muu verenohennuslääke, mikä: _____ viimeisin INR _____	
<input type="checkbox"/> Primaspan <input type="checkbox"/> kipulääkkeet: _____	
<input type="checkbox"/> verenpainelääkkeet: _____	
<input type="checkbox"/> rytmihäiriö- tai muut sydänlääkkeet: _____	
<input type="checkbox"/> kolesterolilääke: _____	
<input type="checkbox"/> mielialalääkkeet: _____	
<input type="checkbox"/> reumalääkkeet: _____	
<input type="checkbox"/> astma- tai allergialääkkeet: _____	
<input type="checkbox"/> kortisonilääke: _____	
<input type="checkbox"/> solunsalpaajalääke: _____	
<input type="checkbox"/> jokin muu jatkuvasti käytetty lääke: _____	
KOTIHOITO	
Harjaan hampaani <input type="checkbox"/> 1 kertaa/pvä <input type="checkbox"/> 2 kertaa/pvä <input type="checkbox"/> harvemmin	
Puhdistan hammasvälini <input type="checkbox"/> tikulla <input type="checkbox"/> langalla <input type="checkbox"/> hammasväliharjalla	
<input type="checkbox"/> päivittäin <input type="checkbox"/> harvemmin	
ALLEKIRJOITUS	
____ / _____ 20 ____	____ allekirjoitus
päivämäärä	