



Suun terveydenhuolto

Lapsen huoltajaa pyydetään ystävällisesti täyttämään tämä lomake.

Mahdollisimman tarkat vastaukset alla oleviin luottamuksellisiin kysymyksiin ovat tärkeitä lapsenne hoidon suunnittelua varten

LAPSEN ESITIEDOT HAMMASHOITOA VARTEN

Lapsen henkilötiedot

Lapsen sukunimi	Etunimet
Henkilötunnus:	Kotikunta/asuinkunta:
Lähiosoite	Postinumero ja – toimipaikka:
Huoltajat/huoltaja Nimi	Osoite, jos eri
Nimi	Osoite, jos eri
Tavoitettavuus klo 8- 15, puh.no: _____	

Lapsen terveydentila

Merkittävä rastilla(X), mikäli lapsellanne on jokin seuraavista sairauksista:

- sydänvika diabetes reuma hengityselinten sairaudet
 verenvuototaipumus allergiat/yliherkkyydet: _____
 jokin muu sairaus, mikä? _____

Käytössä olevat lääkkeet (lääkkeen nimi ja annostus): _____

Tapaturmat leukojen ja/tai hampaiden alueella, mitä; _____

Muuta

Onko jokin muu asia, jonka haluatte mainita?

ei kyllä, mikä? _____

Sisarukset _____

Hammashoitola, jossa lapsenne on aikaisemmin ollut hoidettavana?

_____ / _____ 20 _____
paikka allekirjoitus