

Nimi:
Henkilötunnus:
Osoite:
Lapsen/nuoren puh.numero:
Huoltajan nimi:
Huoltajan puh.numero:

**Kuuluuko talouteen muita alle 18 vuotiaita huollettavia (nimi ja ikä):**

**Onko lapsellanne pitkäaikainen sairaus ja/tai vamma? (Rastittakaa sopivin vaihtoehto)**

Ei

Kyllä, mikä? \_\_\_\_\_

**Onko lapsellanne todettuja allergioita (ruoka-aine, lääkeaine, siitepöly jne.)?**

Ei

Kyllä, mitä? \_\_\_\_\_

**Onko lapsellanne jatkuva/säännöllinen lääkitys?**

Ei

Kyllä, luetelkaa lääkkeiden nimet ja mihin sairauteen/oireeseen niitä käytetään

1.Lääke \_\_\_\_\_

2.Lääke \_\_\_\_\_

3.Lääke \_\_\_\_\_

**Lapsen hampaat harjataan?**

2kertaa päivässä

Kerran päivässä

Harvemmin

**Onko käytössä fluorihammastahna?**

Ei

Kyllä

**Onko lapsellanne säännöllinen ruokarytmi?**

Ei

Kyllä

**Sokeripitoisten ja happamien juomien kulutus**

Useita kertoja päivässä

Päivittäin

Viikoittain

Harvemmin

**Käyttääkö lapsenne tuttia tai tuttipulloa?**

Ei

Kyllä

**Käyttääkö lapsenne säännöllisesti ksylitolituotteita?**

Ei

Kyllä