

ESITIEDOT HAMMASHOITOA VARTEN 0-14 VUOTIAAT

**Hyvä asiakkaamme! Täyttäkää lomake kotona ja ottakaa se mukaan tullessanne hammas-
hoitoon. Antamanne tiedot ovat luottamuksellisia ja tulevat vain hammashoitolan käyttöön.**

Lapsen nimi:	koulu ja luokka:
Henkilötunnus:	
Osoite:	
Huoltajan nimi:	ammatti:
Huoltajan puhelin/gsm:	työhön:
Lapsen oma gsm numero:	

Onko lapsellanne todettu jokin seuraavista sairauksista tai oireista (rastittakaa)?

- anemia
 astma
 epilepsia tai kouristuksia
 hermoston sairaus lapsellani ei ole mitään tässä
 munuaistauti tai virtsatieinfektio lueteltuja sairauksia
 reuma
 diabetes
 sydänvika
 taipumus verenvuotoon
 jokin muu sairaus, mikä _____

Onko lapsellanne jokin yliherkkyys ?

- yliherkkyys lääkkeelle, lääkkeen nimi _____
 yliherkkyys ruoka-aineelle, mille _____
 yliherkkyys jollekin muulle, mille _____

Onko lapsellanne jatkuva tai toistuva lääkitys johonkin sairauteen tai oireeseen?

- ei
 kyllä, luetelkaa lääkkeiden nimet ja mihin sairauteen/oireeseen niitä käytetään
 1. lääke _____
 2. lääke _____
 3. lääke _____

Onko lapsellanne erityisruokavalio sairauden tai yliherkkyiden vuoksi?

- ei
 kyllä, millainen _____

Onko lapsenne kasvussa tai kehityksessä ollut jotakin erityistä?

- ei
 kyllä, mitä _____

Onko lapsellenne sattunut tapaturma kasvojen tai suun alueelle?

- ei
 kyllä, vuosi _____

Lastani hoitava lääkäri on _____

HUOLTAJAN ALLEKIRJOITUS ____/____ 20 _____