

Suun terveydenhuolto

2020

**AIKUISET JA 15 VUOTTA TÄYTTÄNEET ESITIEDOT HAMMASHOITOA VARTEN**

**Hyvä asiakkaamme! Täyttäkää tämä lomake tullessanne särkypäivystykseen tai jos edellisestä käynnistäne terveyskeskuksen hammashoidossa on kulunut yli 6 kuukautta.**

Nimi:	Henkilötunnus:
Osoite:	Kotikunta:
Puhelin päivisin:	Matkapuhelin:
Ammatti:	Työpaikka:

**ONKO TEILLÄ TODETTU JOKIN SEURAAVISTA SAIRAUKSISTA TAI OIREISTA TAI TEHTY JOKIN ALLA MAINITUISTA TOIMENPITEISTÄ? (rastittakaa)**

- taipumus verenvuotoon  
 verenvainetauti, viimeisimmän mittauksen tulos: \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 sydänvika, mikä: \_\_\_\_\_  
 sydämen tekoläppä, vuodesta: \_\_\_\_\_  
 sydämen tahdistin, vuodesta: \_\_\_\_\_  
 verisuoniproteesi, vuodesta: \_\_\_\_\_  
 keino niveliä, vuodesta: \_\_\_\_\_  
 sädehoito pään tai kaulan alueelle, vuonna: \_\_\_\_\_  
 diabetes  
 reumasairaus  
 maksasairaus, mikä: \_\_\_\_\_  
 munuaissairaus  
 hiv/aids  
 keuhkosairaus, astma  
 psyykinen sairaus, hermoston sairaus  
 epilepsia  
 jokin muu sairaus, mikä? \_\_\_\_\_

minulla ei ole todettu yleissairauksia tai tässä mainittuja oireita eikä minulle ole tehty tässä mainittuja toimenpiteitä

tupakoin  
 käytän nuuskaa

**RASKAUS**

olen raskaana laskettu aika: \_\_\_\_\_

**YLIHERKKYYS LÄÄKEAINEELLE TAI MUULLE**

- yliherkkyys lääkeaineelle, mille: \_\_\_\_\_  
 muu yliherkkyys, mille: \_\_\_\_\_

**PUUDUTUS**

- Onko teitä puudutettu aiemmin KYLLÄ \_\_\_\_ EI \_\_\_\_  
 Oliko puudutuksessa hankaluuksia KYLLÄ \_\_\_\_ EI \_\_\_\_, jos KYLLÄ, mitä? \_\_\_\_\_

**SÄÄNNÖLLISESTI KÄYTETYT LÄÄKKEET**

- osteoporoosilääke \_\_\_\_\_ alkaen  
 Marevan tai muu verenhennuslääke, mikä: \_\_\_\_\_ viimeisin INR \_\_\_\_\_  
 omega-3-rasvahappovalmisteet  
 kipulääkkeet: \_\_\_\_\_  
 verenpainelääkkeet: \_\_\_\_\_  
 rytmihäiriö- tai muut sydänlääkkeet: \_\_\_\_\_  
 kolesterolilääke: \_\_\_\_\_  
 mielialalääkkeet: \_\_\_\_\_  
 reumalääkkeet: \_\_\_\_\_  
 astma- tai allergialääkkeet: \_\_\_\_\_  
 kortisonilääke: \_\_\_\_\_  
 solunsalpaajalääke: \_\_\_\_\_  
 jokin muu säännöllisesti käytetty lääke, mikä: \_\_\_\_\_

**SUOSTUMUS HAMMASHOITOTIETOJEN LUOVUTTAMISEEN TARVITTAESSA**

- Annan luvan tietojeni luovuttamiseen hoitavan terveyskeskuksen vaihtuessa

ALLEKIRJOITUS \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_  
Päivämäärä

\_\_\_\_\_  
allekirjoitus