

AIKUISET JA 15 VUOTTA TÄYTTÄNEET ESITIEDOT HAMMASHOITOA VARTEN

Hyvä asiakkaamme! Täyttäkää tämä lomake tullessanne särkypäivystykseen tai jos edellisestä käynnistänne terveystieteiden hammashoidossa on kulunut yli 6 kuukautta.

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"/> verenpainetauti, 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"/> keinoniveliä, vuodesta: _____ <input type="checkbox"/> sädehoito pään tai kaulan alueelle, vuonna: _____ <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> reumasairaus <input type="checkbox"/> maksasairaus, mikä: _____ <input type="checkbox"/> munuaissairaus <input type="checkbox"/> hiv/aids <input type="checkbox"/> keuhkosairaus, astma <input type="checkbox"/> psyykinen sairaus, hermoston sairaus <input type="checkbox"/> epilepsia <input type="checkbox"/> jokin muu sairaus, mikä? _____	<input type="checkbox"/> minulla ei ole todettu yleissairauksia tai tässä mainittuja oireita eikä minulle ole tehty tässä mainittuja toimenpiteitä
	<input type="checkbox"/> tupakoin <input type="checkbox"/> käytän nuuskaa
	RASKAUS <input type="checkbox"/> olen raskaana laskettu aika: _____

YLIHERKKYYS LÄÄKEAINEELLE TAI MUULLE

yliherkkyys lääkeaineelle, mille: _____
 muu yliherkkyys, mille: _____

SÄÄNNÖLLESTI KÄYTETYT LÄÄKKEET

osteoporoosilääke _____ alkaen
 Primaspan _____ Marevan tai muu verenohennuslääke, mikä: _____ viimeisin INR _____
 omega-3-rasvahappovalmisteet
 kipulääkkeet: _____
 verenpainelääkkeet: _____
 rytmihäiriö- tai muut sydänlääkkeet: _____
 kolesterolilääke: _____
 mielialalääkkeet: _____
 reumalääkkeet: _____
 astma- tai allergialääkkeet: _____
 kortisonilääke: _____
 solunsalpaajalääke: _____
 jokin muu jatkuvasti käytetty lääke: _____

SUOSTUMUS HAMMASHOITOTIETOJEN LUOVUTTAMISEEN TARVITTAESSA

Annan luvan tietojeni luovuttamiseen hoitavan terveystieteiden vaihtuessa

ALLEKIRJOITUS

_____ / _____ 20 _____
 Päivämäärä allekirjoitus