



ESITIEDOT HAMMASHOITOA VARTEN

Tiedot ovat luottamuksellisia

Saapumispäivämäärä:

POTILAAN TIEDOT

Nimi

Henkilötunnus

Osoite

Postinumero ja toimipaikka

Puhelin kotiin

Puhelin työhön

1. Miksi hakeudutte hammashoittoon

2. Aikaisempi hammashoito vuonna

ei

kyllä

en tiedä

3. Onko terveytenne tällä hetkellä hyvä?

4. Oletteko yliherkkä eli allerginen jollekin lääkete- tai muulle aineelle (esim. penisilliini, sulfa, jodi, aspiriini, kumi, jokin ruoka-aine), mille:

5. Oletteko nyt tai aiemmin ollut jatkuvassa lääkärin hoidossa

6. Käyttekö säännöllisesti tai usein lääkettä (myös E-pillereitä), mitä:

7. Onko paikallispuudutuksesta tullut sivuvaikutuksia, millaisia:

8. Oletteko raskaana

ei kyllä en tiedä

9. Oletteko saaneet sädehoitoa

10. Onko Teillä jokin seuraavista sairauksista tai oireista

Sydän- tai verisuonisairaus

Verenpainetauti

Veritauti esim. anemia

Taipumusta verenvuotoon

Reuma

Reumaattinen kuume

Diabetes Tyyppe 1 Tyyppe 2

Astma

Keuhkosairaus

Vatsahaava

Kilpirauhasen sairaus

Munuaissairaus

Maksasairaus, esim. hepatiitti B/C

AIDS, HIV

Epilepsia

Psyykinen sairaus

Muu yleissairaus, mikä

Sairastatteko MRSA- tai VRE-infektiota, oletteko sairastanut tai oletteko kantaja

MRSA En Kyllä Olen kantaja

VRE En Kyllä Olen kantaja

Muuta huomioitavaa terveydentilassa

ONKO TEILLÄ JOKIN SEURAAVISTA

| | | |
|------------------|----|-------|
| Sydämentahdistin | Ei | Kyllä |
| Keinoläppä | Ei | Kyllä |
| Keinonivel | Ei | Kyllä |

SUUN TERVEYTEEN VAIKUTTAVAT TAVAT

Hampaiden puhdistus

2 kertaa päivässä tai useammin kerran päivässä harvemmin kuin kerran päivässä

Hammasvälien puhdistus

hammaslanka hammastikku hammasväliharja en puhdistu hammasvälejä

Fluorihammastahnan käyttö

kertaa päivässä

Muut fluorivalmisteet, mitä:

Tupakointi

ei merkittävää tupakka-altistusta merkittävä passiivinen tupakointi

tupakointi päivittäin kpl päivässä tupakointi satunnaisesti

Käytättekö

nuuskaa alkoholia huumeita

RAVINTOTOTTUMUKSET

Syöttekö päivittäin

aamupalan lounaan päivällisen välipaloja kertaa päivässä

Ruokajuomanne on

Janojuomanne on

Ksylitolituotteet

kertaa/päivässä

SUOSTUMUS

Terveystietolain (1326/2010) mukainen informointi: Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen suun terveydenhuolto kuuluu HUS-sairaanhoidopiirin kuntayhtymän alueen yhteiseen potilasrekisteriin. Potilastiedot tallennetaan potilasrekisteriimme. Potilastietojen yhteiskäyttö on mahdollista kieltää.

Tietojani EI saa luovuttaa toiselle toimintayksikölle

Aikaisemmat suun terveydenhuollon potilasasiakirjatiedot

saa pyytää ei saa pyytää edellinen toimipaikka

Puolesta asiointi

Olen nimennyt seuraavan henkilön toimimaan puolestani suun terveydenhuollon asioissa:
Potilaan/asiakkaan puolesta toimivan henkilön nimi, henkilötunnus ja puhelinnumero.

Suostumus on voimassa saakka ja koskee Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen
suun terveydenhuollon palveluita.

Olen tietoinen siitä, että voin halutessani peruuttaa suostumuksen ilmoittamalla siitä kirjallisesti suun terveydenhuoltoon. Suostumuksen tiedot tallennetaan suun terveydenhuollon potilasrekisteriin.

Päiväys Allekirjoitus