



KOULUIKÄISEN ESITIEDOT HAMMASHOITOA VARTEN

Tiedot ovat luottamuksellisia

Saapumispäivämäärä:

POTILAAN TIEDOT

Lapsen nimi	Henkilötunnus	
Osoite	Kotipuhelin	
Koulu	Luokka	Lapsen puhelin

Aikaisempi hammashoito, vuonna

Haluatteko, että lapsenne hammashoito tapahtuu terveyskeskuksen, esim. koulun hammashoitolassa

Perushoito Ei Kyllä

Oikomishoidon seulontatarkastus ja mahdollinen oikomishoito Ei Kyllä

Onko lapsella jokin yleissairaus (esim. diabetes, sydänvika, astma, munuaistauti, reuma, hepatiitti tai muu sairaus), mikä Onko hänellä jokin muu huomioitava tila (esim. kehitys- tai muu vamma), mikä

Onko lapsella jatkuva lääkehoito

ei kyllä, mikä

Onko lapsi allerginen (yliherkkä) jollekin (esim. penisilliinille)

ei kyllä, mille

Onko lapsella taipumusta verenvuotoon

Muuta hammashoidossa huomioitavaa

SUUN TERVEYTEEN VAIKUTTAVAT TAVAT JA TEKIJÄT

Harjaako lapsi hampaansa

2 kertaa päivässä tai useammin kerran päivässä harvemmin kuin kerran päivässä

Käyttääkö lapsi

fluorihammastahnaa päivittäin ei kyllä

muuta fluorivalmistetta ei kyllä

Juomien käyttö joka päivä 2-4 kertaa viikossa kerran viikossa harvemmin tai ei ollenkaan

tuoremehut

sokeroidut mehut,
kaakaot, teet

kivennäisvedet,
virvoitusjuomat

energiajuomat

Makean käyttö

makeat leivon-
naiset

makeiset

ksylitolipurukumit ja
-pastillit

muu makea,
mikä

Lapsi syö päivittäin

aamupalan lounaan päivällisen välipaloja

Lapsen ruokajuoma

Lapsen janojuoma

Tupakointi

ei merkittävää tupakka-
altistusta merkittävä passiivinen tupakointi

tupakointi päivittäin kpl päivässä tupakointi satunnaisesti

SUOSTUMUS

Terveydenhuoltolain (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

Lapsen (12 v.–) suostumus

hoitoani koskevia tietoja saa luovuttaa alla
mainituille huoltajilleni

hoitoni osalta saa olla suoraan yhteydessä alla
mainittuihin huoltajiini

Suostumus on voimassa 3 vuotta ja se koskee Vantaan suun terveydenhuollon palveluita. Olen tietoinen siitä, että voin halutessani peruuttaa suostumuksen ilmoittamalla siitä Vantaan Suun terveydenhuoltoon. Suostumuksen tiedot tallennetaan suun terveydenhuollon potilasrekisteriin.

HUOLTAJA / HUOLTAJAT (NIMET TEKSTATEN)

Nimi

Nimi

Puhelin päivisin

Puhelin päivisin

PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUKSET

Päiväys

Lapsen allekirjoitus

Huoltajan allekirjoitus

Huoltajan allekirjoitus