

Vastaamalla alla oleviin luottamuksellisiin kysymyksiin mahdollisimman tarkasti autatte meitä hoitonne suunnittelussa.

Nimi Henkilötunnus

Lähiosoite Postinro ja -toimipaikka

Ammatti / Työpaikka

Puhelin Sähköposti

1. Onko terveytenne mielestänne hyvä? Kyllä Ei

13. Onko teillä jokin seuraavista sairauksista tai oireista?

2. Oletteko nyt tai aikaisemmin ollut jatkuvassa lääkärihoidossa? Miksi? Kyllä Ei En tiedä

3. Käytättekö säännöllisesti tai usein lääkettä? Mitä lääkettä? Kyllä Ei

Sydän- tai verisuonisairaus

4. Käytättekö verta ohentavaa lääkitystä? Aspirin? Disperin? Primaspan? Marevan? Plavix? Kyllä Ei

Kohonnut verenpaine

5. Onko puudutus hammashoidossa aiheuttanut ongelmia? Mitä ongelmia? Kyllä Ei

Sokeritauti

6. Lääkeaineallergiat? Kyllä Ei

Astma

7. Oletteko saaneet sädehoitoa tai sytostaatteja? Kyllä Ei

Veritauti tai verenvuototaipumus

8. Onko teillä ollut sairaalabakteeri? Kyllä Ei

Maksasairaus (esim. hepatiitti)

9. Tupakoittekö? Kyllä Ei

HIV-infektio

10. Onko teillä keinonivel, tekoläppä, sydämen tahdistaja? Kyllä Ei

Psyykinen sairaus

11. Oletteko raskaana? Kyllä Ei

Reuma

12. Onko teillä hammaslääkäripelko? Kyllä Ei

Muu yleissairaus? Mikä?

13. Onko teillä huulilävistyksestä jäänyt reikä, jonka haluaisitte hoidattaa pois? Kyllä Ei

14. Milloin viimeksi olet ollut hammaslääkäriässä?

15. Mitä haluaisit saavuttaa tällä käynnillä?

16. Mikä eniten häiritsee hampaissasi?

Kuinka löysit Hymiö Hammaslääkärit?

Google Facebook Minulle suositeltiin Lehti-ilmoitus Muu, mikä?

Päiväys / / Potilaan allekirjoitus

Henkilötietolain (523/99) mukainen informointi: Henkilötietonne tallennetaan rekisteriin, jota ylläpitää tässä antamallanne suostumuksella Hymiö Hammaslääkärit. Henkilötiedot ovat salassapidettäviä ja niitä luovutetaan vain lakiin perustuen ja luvallanne. Teillä on mahdollisuus tarkistaa rekisteriin tallennetut tietonne.