

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
2. Oletteko nyt tai aikaisemmin ollut jatkuvassa lääkärihoidossa? Miksi?
3. Käytättekö säännöllisesti tai usein lääkettä? Mitä lääkettä?
4. Käytättekö verta ohentavaa lääkitystä? Aspirin? Disperin? Primaspan? Marevan? Plavix?
5. Onko puudutus hammashoidossa aiheuttanut ongelmia? Mitä ongelmia?
6. Lääkeaineallergiat?
7. Oletteko saaneet sädehoitoa tai sytostaatteja?
8. Onko teillä ollut sairaalabakteeri?
9. Tupakoittekö?
10. Onko teillä keinonivel, tekoläppä, sydämen tahdistaja?
11. Oletteko raskaana?
12. Onko teillä hammaslääkäripelko?

13. Onko teillä jokin seuraavista sairauksista tai oireista?
- |                                  | Kyllä                    | Ei                       | En tiedä                 |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sydän- tai verisuonisairaus      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kohonnut verenpaine              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sokeritauti                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Astma                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Veritauti tai verenvuototaipumus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maksasairaus (esim. hepatiitti)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HIV-infektio                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psyykinen sairaus                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reuma                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Muu yleissairaus? Mikä?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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