

## ESITIEDOT HAMPAIDEN JA SUUN HOITOA VARTEN

Hammaslääkäri tarvitsee tiedot mahdollisista sairauksistanne ja lääkehoidoista voidakseen hoitaa Teitä turvallisesti. Tiedot säilytetään luottamuksellisina

Nimi \_\_\_\_\_ Henkilötunnus \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Ammatti ja työpaikka \_\_\_\_\_

Kotiosoite \_\_\_\_\_

Postinumero ja poistitoimipaikka \_\_\_\_\_

Kotikunta \_\_\_\_\_

Puhelinnumero, koti \_\_\_\_\_ työ \_\_\_\_\_ matkapuhelin \_\_\_\_\_

Sähköpostiosoite \_\_\_\_\_

Olen rintamaveteraani / miinanraivaaja

## YLEISTERVEYS

Millaiseksi koette terveyttenne tällä hetkellä? \_\_\_\_\_

Onko Teillä tai onko ollut jokin seuraavista sairauksista?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lääkeaineallergia _____                              |  |
| <input type="checkbox"/> Allergia (lääkkeet, ruoka-aineet, kumi), mikä? _____ |  |
| <input type="checkbox"/> Sydän- tai verisuonisairaus.                         |  |
| <input type="checkbox"/> infarkti v. _____                                    | <input type="checkbox"/> Osteoporoosi, mikä lääke? _____         |
| <input type="checkbox"/> sydämen tahdistin                                    | <input type="checkbox"/> Munuaissairaus                          |
| <input type="checkbox"/> läppävika  | <input type="checkbox"/> Maksasairaus, hepatiitti                |
| <input type="checkbox"/> tekoläppä  | <input type="checkbox"/> Kilpirauhasen sairaus                   |
| <input type="checkbox"/> Aivoinfarkti v. _____                                | <input type="checkbox"/> Syöpäsairaus                            |
| <input type="checkbox"/> Kohonnut verenpaine                                  | <input type="checkbox"/> Neurologinen sairaus, epilepsia         |
| <input type="checkbox"/> Veritauti, anemia                                    | <input type="checkbox"/> Toistuva päänsärky                      |
| <input type="checkbox"/> Taipumus verenvuotoon/ verenhennuslääke              | <input type="checkbox"/> Psykkinen sairaus                       |
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Heikko näkö, kuulo                      |
| <input type="checkbox"/> Hengityselinsairaus, astma                           | <input type="checkbox"/> Veren välityksellä tarttuva tauti       |
| <input type="checkbox"/> Suolistosairaus                                      | <input type="checkbox"/> MRSA, VRE tai vastaava sairaalabakteeri |
| <input type="checkbox"/> Tuki- ja liikuntaelinsairaus                         | <input type="checkbox"/> HIV                                     |
| <input type="checkbox"/> Reumasairaus   | <input type="checkbox"/> Muu sairaus, mikä? _____                |

Käytän säännöllisesti lääkkeitä. Mitä? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Olen raskaana, laskettu aika \_\_\_\_\_
- Olen saanut sädehoitoa kaulan tai pään alueelle.
- Minulle on asetettu tekonivel / verisuoniproteesi tms. keinoaineita.
- Minulle on tehty elinsiirto.

Onko paikallispuudutuksella ollut sivuvaikutuksia? Minkälaisia? \_\_\_\_\_

## TUPAKOINTI JA PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ

Tupakoinnilla ja päihteiden käytöllä on vaikutusta suun sairauksiin.

- Tupakoin tai käytän nuuskaa \_\_\_\_\_ kertaa / päivä.

Kuinka usein olette käyttäneet alkoholia viimeiseksi kuluneiden 12 kuukauden aikana?

- 6–7 kertaa viikossa
- 3–5 kertaa viikossa
- 2 kertaa viikossa
- kerran viikossa
- pari kertaa kuukaudessa
- harvemmin
- en kertaakaan

## SUUN JA HAMPaidEN TERVEYS

Syy hoitoon tuloon: \_\_\_\_\_

Milloin viimeksi koko suunne on tarkastettu? \_\_\_\_\_

Milloin suunne ja hampaanne on viimeksi hoidettu kuntoon? \_\_\_\_\_

Onko hammashoidossanne ollut hankaluuksia? Mitä? \_\_\_\_\_

**Miten usein harjaatte hampaanne?**

- vähintään kahdesti päivässä
- kerran päivässä
- harvemmin

**Miten usein puhdistatte hammasvälit?**

- vähintään kerran päivässä
- muutaman kerran viikossa
- 1–2 kertaa viikossa
- harvemmin

**Mikä seuraavista kuvaa parhaiten ruokailutottumuksianne?**

- Syön terveellisesti ja säännöllisesti suunnitellut 4–6 ateriaa päivässä.
- Syön terveellisesti ja säännöllisesti 2–3 ateriaa päivässä.
- Syön säännöllisesti 2–3 ateriaa päivässä, mutta niiden väliin tulee useasti naposteltua muutakin.
- Syön epäsäännöllisesti ja napostelen pitkin päivää.

Janojuomani on \_\_\_\_\_

Käytän päivittäin

- virvoitusjuomia / mehuja
- urheilu- / energiajuomia
- muita makeita / happamia juomia

Noudatan erikoisruokavaliota. Mitä? \_\_\_\_\_

- Olen lukenut informaation henkilötietojeni käsittelystä johon olen saanut tutustua erillisellä lomakkeella

- Annan suostumukseni potilastietojeni tallentamiseen keskitettyyn rekisteriin.

Rekisteriä ylläpitävät hammaslääkäriasema ja siellä toimivat keskitettyyn rekisterinpitoon osallistuvat hammaslääkärit yhteisesti.

Potilastietonne ovat salassapidettäviä. Hoitosuhteeseenne liittyen niitä voidaan suostumuksen perusteella käyttää hammaslääkäriasemalla. Muille niitä luovutetaan vain lain perusteella tai luvallanne. Teillä on mahdollisuus tarkastaa rekisteriin tallennetut tietonne. Lisätietoja saatte vastaanoton rekisteriselosteesta / informaatiolomakkeesta.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Päivämäärä

\_\_\_\_\_  
Allekirjoitus