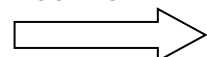


HENKILÖ- TIEDOT	Sukunimi	Etunimet
	Henkilötunnus	Kotikunta
	Puhelin koti/työ	Ammatti/oppilaitos
	Osoite	
	Postinumero	Postitoimipaikka
TERVEYS	Syy hoitoon hakeutumiseen _____ _____ _____	
	Käytätkö säännöllisesti joitain lääkkeitä? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä Mitä lääkkeitä? _____ _____ _____	
Onko Sinulla tai onko Sinulla ollut jokin seuraavista sairauksista? <input type="checkbox"/> allergia (lääkkeet, ruoka-aineet, kumi) mikä? _____ <input type="checkbox"/> sydän- tai verisuonisairaus (rintakipu, infarkti, sydämen tahdistin, läppävika, tekoläppä) <input type="checkbox"/> aivoinfarkti <input type="checkbox"/> kohonnut verenpaine <input type="checkbox"/> veritauti, anemia, taipumus verenvuotoon <input type="checkbox"/> diabetes, HbA1c-arvo: _____ <input type="checkbox"/> astma tai muu hengityselinsairaus <input type="checkbox"/> reuma <input type="checkbox"/> osteoporoosi <input type="checkbox"/> neurologiset kehityshäiriöt <input type="checkbox"/> psyykinen sairaus <input type="checkbox"/> veren välityksellä tarttuva tauti (HIV, hepatiitti B, hepatiitti C, jokin muu) <input type="checkbox"/> MRSA, VRE, ESBL tai vastaava sairaalabakteeri <input type="checkbox"/> muu sairaus, mikä? _____		
Suun ja hampaiden hoidossa huomioitavaa Oletko saanut sädehoitoa pään tai kaulan alueelle? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä Onko Sinulla tällä hetkellä sytostaattihoitoja? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä Onko Sinulla keinonivel/verisuoniproteesi? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä Onko Sinulle tehty elinsiirto? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä Käytätkö/oletko käyttänyt osteoporoosilääkitystä? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä Käytätkö biologista lääkitystä? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä Käytätkö luontaistuotteita? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä Oletko raskaana? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, laskettu aika _____ Onko sinua puudutettu koskaan? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä Onko paikallispuudutuksesta ollut haittaa? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä minkälaisista _____		

Käännä



<p>SUUN JA HAMPaidEN TERVEYTEEN VAIKUUTAVAT TEKIJÄT</p>	<p>Harjaan hampaani <input type="checkbox"/> 2 kertaa päivässä <input type="checkbox"/> kerran päivässä <input type="checkbox"/> harvemmin</p> <p>Käytän fluorihammastahnaa <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä</p> <p>Harjaan hampaani _____ - harjalla</p> <p>Puhdistan hammasvälit <input type="checkbox"/> kerran päivässä <input type="checkbox"/> muutaman kerran viikossa <input type="checkbox"/> harvemmin</p> <p>Käytän hammasvälien puhdistukseen _____</p> <p>Muut suunhoitotuotteet/ proteesien puhdistus _____</p> <p>Syön _____ ateriaa päivittäin</p> <p>Syön välipaloja tai napostelen päivittäin _____ kertaa</p> <p>Juon janoon _____</p> <p>Juon päivittäin</p> <p><input type="checkbox"/> virvoitusjuomia tai mehuja <input type="checkbox"/> urheilujuomia tai energiajuomia</p> <p><input type="checkbox"/> muita makeita tai happamia juomia <input type="checkbox"/> en juo mitään näistä</p> <p>Minulla on erikoisruokavalio <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä _____</p> <p>Käytän säännöllisesti ksylitolivalmisteita (purukumia tai pastillia) <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä</p> <p>Tupakoin tai käytän nuuskaa <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä _____ kertaa päivässä</p> <p>Käytän sähkö tupakkaa <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä _____ kertaa päivässä</p> <p>Käytän alkoholia <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä _____ annosta viikossa</p> <p>Käytän huumavia aineita <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä _____</p>
<p>OMA HUOMIONI SUUN JA HAMPaidEN KUNNOSTA</p>	

<p>HUOM.</p>	<p>12–17-vuotias: <input type="checkbox"/> tietojani saa luovuttaa huoltajalle <input type="checkbox"/> tietojani ei saa luovuttaa huoltajalle 18 vuotta täyttäneiltä peritään peruuttamattomasta poisjäännistä maksuasetuksen mukainen maksu.</p>
<p>PÄIVÄYS, ALLEKIRJOITUS</p>	<p>_____ / _____ 20 ____</p> <p>_____</p>