



Pvm

Sukunimi (myös entiset)	Henkilötunnus	
Etunimi	Puhelin/ kotiin/työhön	matkapuhelin/oma/huoltaja
Osoite	Postinumero/-toimipaikka	Kotikunta
Ammatti	Työpaikka	
Huoltajan nimi (alle 18-vuotiaiden)	Koulu	Luokka

Tiedot ovat luottamuksellisia ja auttavat hammashoidon toteutusta.

YLEISTERVEYS					
Onko terveytenne nyt hyvä?	kyllä <input type="checkbox"/>	ei <input type="checkbox"/>	Oletteko allerginen jollekin lääke- tai muulle aineelle?	kyllä <input type="checkbox"/>	ei <input type="checkbox"/>
Oletteko ollut jatkuvassa lääkärin tai sairaalahoitossa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- lääkeaine, mikä _____		
Onko Teillä lääkettä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- muu, mikä _____		
Oletteko raskaana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tupakoitteko?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- laskettu aika _____			Onko tullut ongelmia paikallispuudutuksesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käytättekö huumeita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oletteko saanut sädehoitoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SAIRAUDET					
Onko Teillä jokin seuraavista sairauksista?	kyllä	ei	Hepatiitti B	kyllä <input type="checkbox"/>	ei <input type="checkbox"/>
Sydän- tai verisuonisairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatiitti C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kohonnut verenpaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV-infektio (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veritauti, anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taipumus verenvuotoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toistuva päänsärky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psyykinen sairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muu yleissairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kilpirauhasen sairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- mikä _____		
Reuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tekonivel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Munuaissairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sydämen tekoläppä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maksasairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sydämen tahdistin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muuta huomioitavaa			Haluan tekstiviestimuistutuksen ajanvarauksesta		
			kyllä <input type="checkbox"/>	ei <input type="checkbox"/>	
Päiväys ja allekirjoitus					