

sukunimi	etunimet	henkilötunnus
katuosoite	postinumero ja -toimipaikka	
matkapuhelinnumero	sähköpostiosoite	
ammatti	työnantaja	

TIETOA SAIRAUKSISTA

Onko teillä tai onko ollut jokin seuraavista sairauksista?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aivoinfarkti | <input type="checkbox"/> Taipumus verenvuotoon |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Toistuva päänsärky |
| <input type="checkbox"/> Heikko näkö tai kuulo | <input type="checkbox"/> Tuki- ja liikuntaelinsairaus |
| <input type="checkbox"/> Hengityselinsairaus, astma | <input type="checkbox"/> Veren välityksellä tarttuva tauti |
| <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Veritauti, anemia |
| <input type="checkbox"/> Kilpirauhasen sairaus | <input type="checkbox"/> Muu sairaus, mikä? _____ |
| <input type="checkbox"/> Kohonnut verenpaine | _____ |
| <input type="checkbox"/> Maksasairaus, hepatiitti | _____ |
| <input type="checkbox"/> MRSA, VRE tai vastaava sairaalabakteeri | Muuta huomioitavaa: _____ |
| <input type="checkbox"/> Munuaissairaus | _____ |
| <input type="checkbox"/> Neurologinen sairaus, epilepsia | Käytän säännöllisesti lääkkeitä, mitä? _____ |
| <input type="checkbox"/> Osteoporoosi | _____ |
| <input type="checkbox"/> Psykkinen sairaus | _____ |
| <input type="checkbox"/> Reumasairaus | _____ |
| <input type="checkbox"/> Suolistosairaus | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sydän- tai verisuonisairaus | _____ |
| <input type="checkbox"/> infarkti | _____ |
| <input type="checkbox"/> läppävika | _____ |
| <input type="checkbox"/> Syöpäsairaus | _____ |

HENKILÖTIETOLAIN (523/99) MUKAINEN INFORMOINTI

Henkilö- ja potilastietonne tallennetaan keskitettyyn potilasrekisteriimme. Potilastietonne ovat salassa pidettäviä ja niitä luovutetaan hammaslääkäriasemamme ulkopuolelle vain lakiin perustuen tai luvallanne. Asiakastiedot, jotka eivät ole potilastietoa, tallennetaan suostumuksellanne erilliseen asiakasrekisteriin. Tietosuojaselosteemme ovat nähtävillä www.sivuillamme sekä vastaanotollamme.

Tietojani

- saa tallentaa asiakasrekisteriin ja minulle voi lähettää ajankohtaista tietoa (voit valita useita vaihtoehtoja)
- tekstiviestillä sähköpostilla kirjeitse
- ei saa tallentaa asiakasrekisteriin.

YLEISTÄ TERVEYDESTÄ	Kyllä	Ei
Onko teillä lääkeaine- tai muita allergioita (ruoka-aineet, kumi), mitä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onko teillä verenhennuslääkitys, mikä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onko teillä osteoporoosilääkitys tai oletteko saaneet osteoporoosiin pistohoitoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onko teillä tekonivel, sydämen tahdistin, sydämen keinoläppä tai verisuoniproteesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onko teille tehty elinsiirto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletteko saanut sädehoitoa kaulan tai pään alueelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletteko raskaana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tupakoitteko tai käytättekö nuuskaa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onko paikallispuudutuksesta ollut sivuvaikutuksia, minkälaisia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TIETOA SUUN JA HAMPAIDEN TERVEYDESTÄ

Syy hoitoon tuloon:

Milloin suunnitella hampaanne on viimeksi hoidettu kuntoon?

Onko suussanne tai hampaistossanne jotain erityistä vaivaa (esim. vihlonta, purenta-arkuus, narskuttelu, puuttuvia hampaita), mitä?

MITEN KUULIT MEISTÄ?

- Lehtimainos Google
- Facebook tai Instagram Kauppakeskus Myyrmanni
- Toinen potilas suositteli
- Muu, mikä? _____

Päivämäärä ____ / ____ 20 ____

Allekirjoitus _____