

ESITIEDOT HAMMASHOITOA VARTEN

Pyydämme teitä ystävällisesti täyttämään ja palauttamaan tämän lomakkeen hoitavalle hammaslääkärille. Nämä luottamukselliset tiedot kirjataan hammashoitokorttiin. Niitä tarvitaan turvallisen ja tarkoituksenmukaisen hammashoidon tuottamiseksi.

Nimi:		
Henkilötunnus:		
Katuosoite:		
Postiosoite:		
Puhelinnumero:		Sähköposti:

Lähiomaisen nimi:		
Osoite:	Katu:	
	Postinumero:	
	Kunta/kaupunki:	
Lähiomaisen puhelinnumero:		
Oletteko rintamaveteraani:	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei

Merkitkää rastilla (x), mikäli teillä on todettu jokin seuraavista sairauksista tai teillä on jatkuva lääkehoito. *Tarttuvien sairauksien ilmoittaminen on tärkeää aseptiikan ylläpitämiseksi.*

lääkeaineyleherkkyys; Mille? _____

verenhennuslääkitys; Mikä? _____

astma

diabetes

sydän- tai verisuonisairaus; Mikä? _____

tarttuva verisairaus tai sairaalabakteeri; esim. Hiv, Hepatiitti, MRSA, mikä: _____

verenvuototaipumus

epilepsia

reuma

munuaissairaus

tekonivel

muu sairaus; Mikä? _____

jatkuva lääkehoito; Mikä? _____

Ei ole mitään yllämainituista

Mahdollinen viesti hoitavalle hammaslääkärille: _____

Syy hoitoon tuloon: _____

Paikka

___ / ___ 20___
Päiväys

allekirjoitus