

ESITIEDOT LAPSEN HAMMASHOITOA VARTEN

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

Nimi:	
Henkilötunnus:	
Katuosoite:	
Postiosoite:	
Puhelinnumero:	

Lähiomaisen nimi:	
Osoite:	Katu:
	Postinumero:
	Kunta/kaupunki:
Lähiomaisen puhelinnumero:	

Merkitkää rastilla (x), mikäli lapsellanne on todettu jokin seuraavista sairauksista tai hänellä on jatkuva lääkehoito.

lääkeaineyliherkkyys; Mille? _____

astma

diabetes

sydän- tai verisuonisairaus; Mikä? _____

anemia

verenvuototaipumus

epilepsia

reuma

munuaissairaus

usein toistuvia korvatulehduksia

muu sairaus; Mikä? _____

jatkuva lääkehoito; Mikä? _____

Ei ole mitään yllämainituista

Mahdollinen viesti hoitavalle hammaslääkärille: _____

_____ / _____ 20____
Paikka Päiväys

Huoltajan allekirjoitus