

UUDEN ASIAKKAAN ESITIETOLOMAKE HAMPAIDEN JA SUUN HOITOA VARTEN

Monet tilat, sairaudet ja lääkkeet vaikuttavat hammashoittoon. Siksi onkin tärkeää täyttää alla olevat kohdat. Tiedot ovat luottamuksellisia.

Nimi _____ Henkilötunnus _____

Ilmoittakaa muuttuneet yhteystiedot asiakaspalvelijalle tai sinua hoitaville henkilöille

Onko työnantajallanne/yrityksellänne sopimus hammashoidosta? Ei Kyllä _____

Kuulutteko sairauskassaan? Ei Kyllä _____

Minulle voi lähettää kutsun suun ja hampaiden hoitoon? Tekstiviestillä
 Kirjeitse
 Soittamalla

YLEISTERVEYS

Millaiseksi koette terveytenne tällä hetkellä? _____

Onko teillä jokin seuraavista tiloista tai sairauksista?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergia (lääkkeet, ruoka-aineet, kumi jne) _____ | <input type="checkbox"/> Elinsiirto, mikä ja v. _____ |
| <input type="checkbox"/> Onko puuduttaessa esiintynyt ongelmia? _____ | <input type="checkbox"/> Tekonivel/verisuoniproteesi, mikä ja v. _____ |
| <input type="checkbox"/> Sydän- tai verisuonisairaus, mikä? _____ | <input type="checkbox"/> Osteoporoosi |
| <input type="checkbox"/> Infarkti v. _____ | <input type="checkbox"/> Reumasairaus, mikä? _____ |
| <input type="checkbox"/> Tahdistin | <input type="checkbox"/> Munuaissairaus, mikä? _____ |
| <input type="checkbox"/> Läppävika | <input type="checkbox"/> Maksasairaus, mikä? _____ |
| <input type="checkbox"/> Tekoläppä | <input type="checkbox"/> Kilpirauhasen sairaus, mikä? _____ |
| <input type="checkbox"/> Sydämen vajaatoiminta | <input type="checkbox"/> Syöpä, mikä ja v. _____ |
| <input type="checkbox"/> Aivoinfarkti | <input type="checkbox"/> Sytostaatti/sädehoito v. _____ |
| <input type="checkbox"/> Kohonnut verenpaine | <input type="checkbox"/> Neurologinen sairaus, mikä? _____ |
| <input type="checkbox"/> Veritauti, anemia | <input type="checkbox"/> Toistuva päänsäärk, migreeni |
| <input type="checkbox"/> Vuotoalttius tai -taipumus, mikä? _____ | <input type="checkbox"/> Psykkinen sairaus, mikä? _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes, mikä? _____ | <input type="checkbox"/> Heikkö näkö, kuulo _____ |
| <input type="checkbox"/> Hoitotasapaino, viimeisin HbA1c _____ | <input type="checkbox"/> Veren välityksellä tarttuva tauti |
| <input type="checkbox"/> Keuhkosairaus, mikä? _____ | <input type="checkbox"/> MRSA, VRE tai vastaava sairaalabakteeri |
| <input type="checkbox"/> Suolistosairaus, mikä _____ | <input type="checkbox"/> HIV, hepatiittiB/C, mikä? _____ |
| <input type="checkbox"/> Tuki- ja liikuntaelinsairaus, mikä? _____ | <input type="checkbox"/> Muu lisätieto? _____ |

Oletteko raskaana? Ei Kyllä laskettu aika? _____

Imetättekö? Ei Kyllä

SÄÄNNÖLLISESTI KÄYTÖSSÄ OLEVAT LÄÄKKEET JA MAHDOLLISET PISTOSHOIDOT

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

TUPAKOINTI JA PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ

Jos tupakoitte, montako savuketta keskimäärin poltatte päivittäin? _____ kpl / vrk
 Jos käytätte nuuskaa, montako käyttökertaa on päivittäin? _____ kpl / vrk
 Jos käytätte alkoholia, kuinka monta annosta alkoholia käytätte keskimäärin viikossa? _____ annosta / vko

KÄÄNNÄ -->



SUUN JA HAMPAIDEN TERVEYS

Miksi hakeudutte hoitoon nyt? _____

Milloin viimeksi koko suunne on tutkittu/tarkastettu? _____

Milloin suunne ja hampaanne ovat viimeksi hoidettu kuntoon? _____

Miten usein harjaatte hampaanne?

vähintään kahdesti päivässä kerran päivässä harvemmin

Käytättekö

sähköhammasharjaa käsikäyttöistä hammasharjaa

Miten usein puhdistatte hammasvälit?

vähintään kerran päivässä muutaman kerran viikossa 1–2 kertaa viikossa harvemmin

Mikä seuraavista kuvaa parhaiten ruokailutottumuksianne?

- Syön terveellisesti ja 4–6 ateriaa päivässä.
 Syön terveellisesti ja 2–3 ateriaa päivässä.
 Syön terveellisesti ja 2–3 ateriaa päivässä, mutta niiden välillä tulee usein napostelluksi muutakin.
 Syön epäsäännöllisesti ja napostellen pitkin päivää.

Janojuomani aterioiden välillä on _____

Käytän päivittäin

(tuore)mehuja ja limsoja urheilu-/energiajuomia kahvi/tee sokerin kanssa

Noudatan erityisruokavaliota. Mitä? _____

Päiväys ja allekirjoitus

