

## KALAJOEN HYVINVOINTIPALVELUT SUUN TERVEYDENHUOLTO

## 0–12-VUOTIAAN ESITIETOLOMAKE

Vastauksenne ovat luottamuksellisia ja auttavat hoitohenkilökuntaa lapsenne hoidon suunnittelussa.

### HENKILÖ- JA YHTEYSTIEDOT

Nimi \_\_\_\_\_ Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_ Kotikunta \_\_\_\_\_

Lapsen puhelinnumero \_\_\_\_\_

Koulu \_\_\_\_\_ Luokka \_\_\_\_\_

Huoltajan nimi \_\_\_\_\_ Puhelinnumero \_\_\_\_\_

Huoltajan nimi \_\_\_\_\_ Puhelinnumero \_\_\_\_\_

Huoltajan sähköpostiosoite \_\_\_\_\_

Huoltajan sähköpostiosoite \_\_\_\_\_

### SAIRAUDET, ALLERGIAT JA LÄÄKITYS

Onko lapsellanne allergia, yleissairaus, synnynnäinen oireyhtymä tai vamma (sydänsairaus)?

Ei            Kyllä, mikä? \_\_\_\_\_

Onko hänellä säännöllistä lääkitystä? Ei    Kyllä, mikä? \_\_\_\_\_

### TERVEYSTOTTUMUKSET

Kuinka usein lapsenne hampaat harjataan fluorihammastahnalla?

2 kertaa päivässä            kerran päivässä            harvemmin

Kuinka usein lapsenne käyttää ksylitolivalmisteita (ksylitolipastillit tai -purkat)?

säännöllisesti            päivittäin            harvemmin tai            ei lainkaan

Kuinka monta ateriaa lapsenne syö päivässä (aamupala, lounas, välipala, päivällinen, iltapala)?

5 ateriaa tai enemmän            3–4 ateriaa tai vähemmän

Kuinka usein lapsenne syö makeita välipaloja (mehut, limsat, karkit, jäätelöt, sipsit yms.)?

päivittäin            viikoittain            harvemmin

Asiat, jotka toivotte huomioitavan lapsenne hammashoidossa:

\_\_\_\_\_

Päiväys ja allekirjoitus

\_\_\_\_\_