

KALAJOEN HYVINVOINTIPALVELUT SUUN TERVEYDENHUOLTO

Vastauksenne ovat luottamuksellisia ja auttavat henkilökuntaa hoitonne suunnittelussa

HENKILÖ- JA YHTEYSTIEDOT

Nimi _____

Henkilötunnus _____

Osoite _____

Kotikunta _____

Puhelinnumero _____

Sähköpostiosoite _____

SAIRAUDET, ALLERGIAT JA LÄÄKITYS

Onko teillä ollut tai onko teillä nyt jokin seuraavista sairauksista?

Sydänsairaus, verenkiertohäiriö tai kohonnut verenpaine, mikä?

Tuki- ja liikuntaelinten sairaus (esim. reuma) mikä?

Hengityselinten sairaus (esim. astma) mikä?

Neurologinen sairaus (esim. epilepsia) mikä?

Diabetes

Kyllä Ei

Jokin tarttuva tauti (esim. HIV+, hepatiitti) mikä?

Allergia (esim. penisilliini, kumi) mikä?

Jokin muu yllämainitsematon sairaus mikä?

Tarvitsetteko hoidossa antibioottisuoja (esim. sydämen läppäproteesi, keino nivel, tahdistin) mikä?

Päiväys ja allekirjoitus

ESITETOKAAVAKE

Onko teillä käytössä verenhennuslääkkeitä?

Kyllä Ei

Mitä lääkkeitä käytätte säännöllisesti? Lääkelista mukaan.

Onko teille aikaisemmin käytetty paikallispuudutetta?

Kyllä Ei

Onko puudutuksesta ollut jotain haittaa?

Kyllä, mitä? Ei

Oletteko saanut sädehoitoa pään alueelle?

Kyllä, milloin? Ei

Oletteko raskaana

Kyllä, laskettu aika? Ei

TERVEYSTOTTUMUKSET

Kuinka usein harjaatte hampaanne?

Kuinka usein syötte makeita välipaloja (mehut, limsat pullat, energiajuomat, sipsit, keksit yms)?

1-3krt/vko 3-6 krt/vko päivittäin

Tupakoitteko? Kyllä En

Käytättekö nuuskaa Kyllä En

Käytättekö alkoholia Kyllä En

