

ESITIEDOT HOITOA VARTEN

Raision kaupunki, Suun terveydenhuolto



Sukunimi:		Etunimet:	
Henkilötunnus:			
Katuosoite:			
Postinumero:		Kotikunta:	
Puhelin:			
Sähköpostiosoite:			
Ammatti:			
Lähiomaisen nimi:			
Tulosyy vastaanotolle			

TERVEYSTIEDOT

Monet sairaudet ja lääkitykset vaikuttavat suun terveyden hoitoon, samoin suun terveyden hoidossa käytetyt lääkkeet saattavat reagoida haitallisesti muiden käytössä olevien lääkkeiden kanssa

 Olen täysin terve**Minulla on seuraavat sairaudet/terveydentilaan vaikuttavat asiat:**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Sädehoito pään ja/tai kaulan alueelle |
| <input type="checkbox"/> Sydän- tai verisuonisairaus | <input type="checkbox"/> Keinonivel, asennusvuosi: |
| <input type="checkbox"/> Reuma | <input type="checkbox"/> Sydämen tekoläppä, läppävika tai tahdistin |
| <input type="checkbox"/> Mielenterveyshäiriö | <input type="checkbox"/> Elinsiirto, elin ja siirto vuosi: |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Osteoporoosi |
| <input type="checkbox"/> Syömishäiriö | <input type="checkbox"/> Pahanlaatuinen kasvain tai muu syöpä |
| <input type="checkbox"/> HIV-infektio | <input type="checkbox"/> muu, mikä: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatiitti B tai C | |

Kirjaa alle kaikki käytössäsi olevat lääkkeet, myös mahdolliset pistoshoidot, luontaistuotteet ja ravintolisät

Onko sinua puudutettu hammashoidossa?

-
- Kyllä
-
-
- Ei

Onko puudutukseen liittynyt ongelmia?

-
- Kyllä
-
-
- Ei

Allergiat

-
- Lääkeaineet: _____
-
-
- Muut allergiat: _____

Päihteiden käyttö

Tupakointi

- Päivittäin
 Satunnaisesti
 Ei lainkaan

Nuuskan käyttö

- Kyllä
 Ei

Alkoholin käyttö

- Päivittäin
 1-3 kertaa viikossa
 1-3 kertaa kuukaudessa
 Harvemmin tai ei lainkaan

Huumeiden käyttö

- Kyllä
 Ei

Onko sinulla hammashoitopelkoa?

- Kyllä. Jos vastasit kyllä, täytä erillinen MDAS-pelkokyselylomake.
 Ei

Oletko raskaana?

Imetätkö?

Onko sinulla ollut hammas- tai leukatapaturmia?

- Kyllä
Milloin?
-

Milloin olet käynyt edellisen kerran hammaslääkärin tarkastuksessa?

HAMMASTARKASTUSTA VARTEN TÄYTETTÄVÄ OSIO

Miten usein harjaat hampaasi?

- Harvemmin kuin kerran päivässä
 Kerran päivässä
 Kaksi kertaa päivässä
 Yli kaksi kertaa päivässä

- Sähköhammasharja
 Tavallinen hammasharja

Käytätkö fluorihammastahnaa?

- Kyllä
 Ei

Puhdistatko hammasvälit päivittäin?

- Kyllä
 Ei

Käytätkö ksylitolia?

- Kyllä
 Ei

Mitä käytät janojuomana?

Onko ruokailurytmisi säännöllinen?

- Kyllä
 Ei

Kuinka usein juot happamia tai sokeripitoisia juomia?

- Useita kertoja päivässä
 Päivittäin
 Viikottain
 Harvemmin kuin kerran viikossa