

## ESITIEDOT HAMMASHOITOA VARTEN

Suun terveydenhuolto Potilasturvallisuuden takaamiseksi ja tehokkaan ehkäisevän hoidon järjestämiseksi pyydämme Teitä ystävällisesti täyttämään tämän lomakkeen. Voitte palauttaa tämän lomakkeen lapsen mukana suljetussa kirjekuoressa. Täytä tekstaten kiitos!

Sukunimi: \_\_\_\_\_ Osoite: \_\_\_\_\_  
 Etunimet: \_\_\_\_\_ Postinumero: \_\_\_\_\_  
 Henkilötunnus: \_\_\_\_\_ Puhelin: \_\_\_\_\_  
 Ensisijainen yhteyshenkilö ja puhelinnumero \_\_\_\_\_  
 Huoltajat: \_\_\_\_\_ Ammatti: \_\_\_\_\_ Puhelin \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Koulu ja luokka: \_\_\_\_\_

### TERVEYSTIEDOT

- Lapsi on täysin terve  Lapsella on todettu:

### Yliherkkyydet

- Lääkeyliherkkyys; mille lääkkeelle/lääkkeille \_\_\_\_\_  
 Muut allergiat (esim. kumi, puudute, ruoka-aineet) \_\_\_\_\_

Todetut sairaudet

- Astma  
 Hermoston sairaus  
 Reuma  
 Tartuntavaarallinen tauti (esim. hepatiitti)  
 Kehityshäiriö tai vamma ; mikä? \_\_\_\_\_  
 Diabetes (Sokeritauti)  
 Munuaissairaus  
 Sydänsairaus  
 MRSA tai muu sairaalainfektio esim. VRE, ESBL  
 Muu sairaus, haitta tai vamma, mikä? \_\_\_\_\_

Jatkuva lääkehoito

Lääke	Annostus	Hoitava lääkäri ja puhelinnumero
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Onko lapsenne hampaistossa tai suun alueella mielestänne jotakin tavallisuudesta poikkeavaa?

Juomavesilähde

Oma kaivo  F-pitoisuus \_\_\_\_\_ Kaupungin vesi

OPPILAALLA TULEE OLLA HAMMASHARJA MUKANA HAMMASHOITOKÄYNNELLÄ JA HAMPAAT TULEE HARJATA ENNEN HOITOHUONEESEEN TULOJA

Otamme mielellämme vastaan kaiken hammashoitoa koskevan palautteen.

Paikka ja päiväys \_\_\_\_\_

Huoltajan allekirjoitus \_\_\_\_\_