



## ESITIEDOT HAMMASHOITOA VARTEN

Sukunimi	Etunimet
Henkilötunnus	Puhelinnumero
Kotiosoite	
Ammatti ja työpaikka	sähköpostiosoite

### Yleisterveys

Hammaslääkäri tarvitsee tiedot mahdollisista sairauksistanne ja lääkehoidoista voidaksenne hoitaa Teitä turvallisesti. Tiedot säilytetään luottamuksellisesti.

Onko Teillä jokin seuraavista sairauksista:

<input type="checkbox"/> Sydän- tai verisuonisairaus	<input type="checkbox"/> Pahanlaatuinen kasvain(syöpä)	<input type="checkbox"/> HIV- infektio
<input type="checkbox"/> Sydäninfarkti	<input type="checkbox"/> MRSA tai muu sairaalainfektio	<input type="checkbox"/> Maksasairaus, hepatiitti
<input type="checkbox"/> Tekoläppä	<input type="checkbox"/> Reuma	<input type="checkbox"/> Kilpirauhassairaus
<input type="checkbox"/> Sydämen tahdistin	<input type="checkbox"/> Keinonivel	<input type="checkbox"/> Toistuva päänsärky
<input type="checkbox"/> Kohonnut verenpaine	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Heikko näkö, kuulo
<input type="checkbox"/> Verenvuototaipumus	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Muu sairaus, mikä?
<input type="checkbox"/> Astma tai muu hengityselinsairaus	<input type="checkbox"/> Psykkinen sairaus	
<input type="checkbox"/> Osteoporoosi		<input type="checkbox"/> Tupakoin
<input type="checkbox"/> Ihosairaus		<input type="checkbox"/> Ei todettuja sairauksia

Käytän säännöllisesti lääkkeitä.

Mitä? \_\_\_\_\_

- Olen saanut sädehoitoa.
- Olen raskaana, laskettu aika \_\_\_\_\_
- Olen allerginen \_\_\_\_\_

Onko Teillä ollut ongelmia paikallispuudutuksessa tai hammashoidossa?

- Ei
- Kyllä. Mitä? \_\_\_\_\_
- Minut saa kutsua nimellä hoituhuoneeseen

### Henkilötietonne tallennetaan asiakasrekisteriimme

Henkilötietolain (523/ 1999) mukainen informointi. Potilastietonne ovat salassa pidettäviä ja niitä luovutetaan vain lakiin perustuen tai luvallanne. Teillä on oikeus tarkastaa rekisteriin tallennetut tietonne.

Annan suostumukseni siihen, että hoitavalle hammaslääkärille ja hammaslääkärikeskus Elegantin muulle henkilökunnalle luovutetaan hoitoni kannalta välttämättömät, terveydentilaa, tutkimusta ja hoitoa koskevat tiedot.

\_\_\_\_\_  
Päiväys

\_\_\_\_\_  
Allekirjoitus