



Sukunimi (myös entiset)		Etunimi	
Henkilötunnus		Puhelin	
Osoite		Kotikunta	
Onko sinulla nyt oireita hampaissanne tai suussanne? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		Oletko raskaana? Laskettu aika: _____ <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
Mitä oireita? _____		Tupakoitko tai käytätkö nuuskaa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
Onko terveydentilasi tällä hetkellä mielestänne hyvä <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		Kuinka monta savuketta päivässä? _____	
Oletko ollut jatkuvassa lääkärin tai –sairaalahoidossa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		Käytätkö <input type="checkbox"/> alkoholia <input type="checkbox"/> huumeita	
Oletko saanut sädehoitoa pään tai kaulan alueelle? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		<input type="checkbox"/> päivittäin <input type="checkbox"/> 1-3 krt viikossa <input type="checkbox"/> 1-3 krt/kk	
Onko sinulle tullut ongelmia paikallisuudutuksesta? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		<input type="checkbox"/> harvoin <input type="checkbox"/> ei lainkaan	
Mikäli sinulla on tai on ollut jokin seuraavista sairauksista tai oireista, merkitse rasti ruutuun			
<input type="checkbox"/> sydän- tai verisuonisairaus	<input type="checkbox"/> kilpirauhasen sairaus	<input type="checkbox"/> munuaissairaus	<input type="checkbox"/> maksasairaus
<input type="checkbox"/> sydämentahdistin, tekoläppä	<input type="checkbox"/> reuma, reumaattinen kuume	<input type="checkbox"/> kohonnut verenpaine	<input type="checkbox"/> tekonivel
<input type="checkbox"/> hepatiitti B <input type="checkbox"/> hepatiitti C	<input type="checkbox"/> veritauti, anemia	<input type="checkbox"/> taipumus verenvuotoon	<input type="checkbox"/> mahahaava
<input type="checkbox"/> HIV-infektio (AIDS)	<input type="checkbox"/> epilepsia	<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> toistuva päänsärky
<input type="checkbox"/> psyykinen sairaus	<input type="checkbox"/> keuhkosairaus, astma	<input type="checkbox"/> syöpä _____	
<input type="checkbox"/> muu yleissairaus:			
Oletko yliherkkä tai allerginen lääkkeille tai muille aineille (esim. sulfa, penisilliini, kumi, ruoka-aineet) <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei			
Mille?			
Käytätkö säännöllisesti lääkkeitä? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei			
Mitä lääkkeitä?			
Hampaiden harjaus: <input type="checkbox"/> harvemmin kuin kerran päivässä <input type="checkbox"/> kerran päivässä <input type="checkbox"/> kaksi krt päivässä <input type="checkbox"/> yli kaksi krt päivässä			
Hammasharja: <input type="checkbox"/> tavallinen <input type="checkbox"/> sähkökäyttöinen		Fluoritahnan käyttö: <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> ei tietoa	
Hammasvälien puhdistus: <input type="checkbox"/> kyllä, millä välineellä? _____ <input type="checkbox"/> ei			
Kuinka usein puhdistat hammasvälit? <input type="checkbox"/> päivittäin <input type="checkbox"/> viikoittain <input type="checkbox"/> harvemmin		Ksylitolin käyttö: <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
Ruokailu: <input type="checkbox"/> enintään 6 kertaa päivässä <input type="checkbox"/> yli 6 krt päivässä		Makeutusaineiden käyttö kahvissa/teessä <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
Sokeripitoisten ja happamien juomien käyttö: <input type="checkbox"/> Useita kertoja päivässä <input type="checkbox"/> päivittäin <input type="checkbox"/> viikoittain <input type="checkbox"/> harvoin			
Muuta huomioitavaa hampaiden hoidossa: _____			
Muita lisätietoja:			
Päiväys:		Allekirjoitus:	