

Esitiedot nuoren suun tutkimusta varten
Luottamuksellinen

tiedot ovat luottamuksellisia ja auttavat hammashoidon toteutusta

Sukunimi		
Etunimi	Henkilötunnus	
Osoite		
Postinumero	Postitoimipaikka	Kotikunta
Puhelin	Koulu	
Oletko yliherkkä eli allerginen lääkkeille tai muille aineille? kyllä ___ ei ___ mille?		
Onko sinulla yleissairauksia (mm. diabetes, astma)? kyllä ___ ei ___ mikä sairaus?		
Käytätkö säännöllisesti jotain lääkettä? kyllä ___ ei ___ mitä lääkettä?		
Onko suussasi tai hampaissasi tällä hetkellä oireita? Mitä oireita?		
Oma hoito: Miten usein harjaat hampaasi: Puhdistatko hammasvälit, kerro miten usein ja millä (hammaslanka/hammastikku): Käytätkö fluorihammastahnaa? Kyllä ___ Ei ___ Käytätkö ksylitolituotteita? Kyllä ___ Ei ___		
Onko makeisten nauttiminen mielestäsi päivittäistä ___ muutaman kerran viikossa ___ kerran viikossa ___ harvemmin ___		
Käytätkö energiajuomia/urheilujuomia/virvoitusjuomia/mehut? kyllä ___ ei ___ Miten usein? _____		
Käytätkö päihteitä? kyllä ___ ei ___		
Tupakoitko tai käytätkö nuuskaa? kyllä ___ ei ___ Jos vastasit kyllä: kuinka pian herätyäsi poltat ensimmäisen savukkeen? alle 6min ___ 6-30min ___ 31-60min ___ yli 60min ___ kuinka monta savuketta poltat päivittäin? 10 tai vähemmän ___ 11-20 ___ 21-30 ___ yli 30 ___		

Voit täyttää esitietolomakkeen yhdessä huoltajasi kanssa.

Päiväys _____ Allekirjoitus _____