



HENKILÖ- TIEDOT	Sukunimi	Etunimet
	Henkilötunnus	Puhelinnumero
	Kotiosoite	Postinumero ja -toimipaikka

TERVEYDEN- TILA	Onko teillä jokin pitkäaikaissairaus? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei																										
	<table><tr><td><input type="checkbox"/> Sydän- tai verisuonisairaus</td><td><input type="checkbox"/> Kilpirauhasen sairaus</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Sydämen tahdistin, tekoläppä</td><td><input type="checkbox"/> Mahahaava</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Kohonnut verenpaine</td><td><input type="checkbox"/> Munuaissairaus</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Kohonnut kolesteroli</td><td><input type="checkbox"/> Maksasairaus, hepatiitti</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Veritauti, anemia</td><td><input type="checkbox"/> AIDS- tai HIV-tartunta, muu tartuntatauti</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Taipumus verenvuotoon, hyytymishäiriö</td><td><input type="checkbox"/> Muu tartuntariski, esim. MRSA</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Sokeritauti</td><td><input type="checkbox"/> Epilepsia</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Reuma</td><td><input type="checkbox"/> Toistuvaa päänsärkyä, migreeni</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Muu nivelsairaus</td><td><input type="checkbox"/> Muu hermoston sairaus</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Osteoporoosi</td><td><input type="checkbox"/> Psykkinen sairaus</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Selkävika, Iskias</td><td><input type="checkbox"/> Korvasairaus, huonokuuloisuus</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Tekonivel, tekooverisuoni</td><td><input type="checkbox"/> Syöpäsairaus</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Keuhkosairaus, astma</td><td><input type="checkbox"/> Muu yleissairaus, mikä?</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Sydän- tai verisuonisairaus	<input type="checkbox"/> Kilpirauhasen sairaus	<input type="checkbox"/> Sydämen tahdistin, tekoläppä	<input type="checkbox"/> Mahahaava	<input type="checkbox"/> Kohonnut verenpaine	<input type="checkbox"/> Munuaissairaus	<input type="checkbox"/> Kohonnut kolesteroli	<input type="checkbox"/> Maksasairaus, hepatiitti	<input type="checkbox"/> Veritauti, anemia	<input type="checkbox"/> AIDS- tai HIV-tartunta, muu tartuntatauti	<input type="checkbox"/> Taipumus verenvuotoon, hyytymishäiriö	<input type="checkbox"/> Muu tartuntariski, esim. MRSA	<input type="checkbox"/> Sokeritauti	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Reuma	<input type="checkbox"/> Toistuvaa päänsärkyä, migreeni	<input type="checkbox"/> Muu nivelsairaus	<input type="checkbox"/> Muu hermoston sairaus	<input type="checkbox"/> Osteoporoosi	<input type="checkbox"/> Psykkinen sairaus	<input type="checkbox"/> Selkävika, Iskias	<input type="checkbox"/> Korvasairaus, huonokuuloisuus	<input type="checkbox"/> Tekonivel, tekooverisuoni	<input type="checkbox"/> Syöpäsairaus	<input type="checkbox"/> Keuhkosairaus, astma	<input type="checkbox"/> Muu yleissairaus, mikä?
	<input type="checkbox"/> Sydän- tai verisuonisairaus	<input type="checkbox"/> Kilpirauhasen sairaus																									
	<input type="checkbox"/> Sydämen tahdistin, tekoläppä	<input type="checkbox"/> Mahahaava																									
<input type="checkbox"/> Kohonnut verenpaine	<input type="checkbox"/> Munuaissairaus																										
<input type="checkbox"/> Kohonnut kolesteroli	<input type="checkbox"/> Maksasairaus, hepatiitti																										
<input type="checkbox"/> Veritauti, anemia	<input type="checkbox"/> AIDS- tai HIV-tartunta, muu tartuntatauti																										
<input type="checkbox"/> Taipumus verenvuotoon, hyytymishäiriö	<input type="checkbox"/> Muu tartuntariski, esim. MRSA																										
<input type="checkbox"/> Sokeritauti	<input type="checkbox"/> Epilepsia																										
<input type="checkbox"/> Reuma	<input type="checkbox"/> Toistuvaa päänsärkyä, migreeni																										
<input type="checkbox"/> Muu nivelsairaus	<input type="checkbox"/> Muu hermoston sairaus																										
<input type="checkbox"/> Osteoporoosi	<input type="checkbox"/> Psykkinen sairaus																										
<input type="checkbox"/> Selkävika, Iskias	<input type="checkbox"/> Korvasairaus, huonokuuloisuus																										
<input type="checkbox"/> Tekonivel, tekooverisuoni	<input type="checkbox"/> Syöpäsairaus																										
<input type="checkbox"/> Keuhkosairaus, astma	<input type="checkbox"/> Muu yleissairaus, mikä?																										
Onko terveydentilanne mielestänne tällä hetkellä hyvä? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei																											
Onko teillä jokin lääkitys? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Mikä?																											

Onko teillä jokin yliherkkyys/allergia? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Mikä ja minkälaisia oireita se aiheuttaa?

Oletteko raskaana? <input type="checkbox"/> kyllä, laskettu aika: _____ <input type="checkbox"/> ei	
Tupakoitko? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Käyttekö nuuskaa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Mistä syystä hakeudutte nyt hoitoon?	
Aikaisempi hammashoito?	
Muuta hammashoidossa huomioitavaa:	

Päiväys	Allekirjoitus
---------	---------------