

Sukunimi (myös aikaisemmat)	Etunimi		
Henkilötunnus	Kotikunta		
Osoite	Postinumero		
Postitoimipaikka	Sähköposti		
Ammatti	Työnantaja/opiskelupaikka		
Puhelin virka-aikana	Puhelin kotiin/matkapuhelin		
Onko Teillä nyt oireita hampaissanne tai suussanne? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä oireita?			
Onko terveydentilanne mielestänne tällä hetkellä hyvä? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Oletteko ollut jatkuvassa lääkärin tai sairaalahoidossa? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä		
Tupakoitko tai käyttekö nuuskaa? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Käyttekö tai oletteko käyttänyt huumeita? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä		
Oletteko saanut sädehoitoa pään tai kaulan alueelle? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Onko Teille tullut ongelmia paikallispuudutuksesta? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä		
Oletteko yliherkkä tai allerginen jollekin lääke- tai muulle aineelle (esim. penisilliini, sulfa, aspiriini, kumi, jokin ruoka-aine)? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mille?			
Oletteko raskaana? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, laskettu aika/ synnytys:			
Mikäli Teillä on / on ollut jokin seuraavista sairauksista tai oireista, merkitkää rasti ruutuun			
<input type="checkbox"/> Sydän- tai verisuonisairaus	<input type="checkbox"/> Taipumus verenvuotoon	<input type="checkbox"/> Munuaissairaus	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Sydämentahdistin, tekonäppä	<input type="checkbox"/> Veritauti, anemia	<input type="checkbox"/> Maksasairaus	<input type="checkbox"/> Mahahaava
<input type="checkbox"/> Tehty sydänleikkaus	<input type="checkbox"/> Kohonnut verenpaine	<input type="checkbox"/> Hepatiitti	<input type="checkbox"/> Toistuva päänsärky
<input type="checkbox"/> Tekonivel	<input type="checkbox"/> Keuhkosairaus, astma	<input type="checkbox"/> HIV-infektio (AIDS)	<input type="checkbox"/> Kilpirauhasen sairaus
<input type="checkbox"/> Diabetes, sokeritauti	<input type="checkbox"/> Reuma, reumaattinen kuume	<input type="checkbox"/> MRSA-infektio	<input type="checkbox"/> Psykykinen sairaus
<input type="checkbox"/> Muu yleissairaus, mikä?			
Käyttekö säännöllisesti jotain lääkettä? <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä lääkettä? <input type="checkbox"/> En käytä säännöllisesti lääkkeitä			
_____ _____			
Muita lisätietoja _____ _____			
Henkilötietolaki (523/99) mukainen informointi: Henkilötietonne tallennetaan rekisteriin, jota ylläpitää tässä antamanne suostumuksen perusteella Järvenpään kaupungin terveyskeskus. Henkilötiedot ovat salassa pidettäviä ja niitä luovutetaan vain lakiin perustuen tai luvallanne. Hoitoloissamme on nähtävillä rekisteriseloste sekä tiedot tarkastus- ja oikeuspyyntöoikeudestanne liittyen Teitä itseänne koskeviin tietoihin.			
Saako hoitoon liittyviä suun terveydenhuollon tietoja luovuttaa suun terveydenhuollon tai muun terveydenhuollon käyttöön? (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista nro 785/92) <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei			
Päiväys	Allekirjoitus		