

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?	Oletteko raskaana? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, laskettu aika/synnytys? _____		
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 käytättekö nuuskaa? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Käytättekö tai oletteko käyttäneet huumaavia aineita? <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 lääkeli- tai muulle aineelle (esim. penisilliini, sulfa, aspiriini, kumi, jokin ruoka- aine)? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mille?			
Mikäli Teillä on/ on ollut jokin seuraavista sairauksista/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/ tekoläppä	<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	<input type="checkbox"/> kilpirauhasen sairaus
<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> reumasairaus	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> psykykinen sairaus
<input type="checkbox"/> syöpäsairaus	<input type="checkbox"/> muu yleissairaus, mikä? _____		
Lääkitystiedot:			

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 hoitoonne liittyviä suun terveydenhuollon tietoja luovuttaa suun terveydenhuollon tai muun terveydenhuollon käyttöön? kyllä ei → KÄÄNNÄ

Päiväys ____/____ 20____ Allekirjoitus _____

SUUN TERVEYTEEN VAIKUTTAVAT TAVAT JA TOTTUMUKSET

Harjaatko hampaasi? <input type="checkbox"/> 2 kertaa päivässä <input type="checkbox"/> kerran päivässä <input type="checkbox"/> harvemmin <input type="checkbox"/> en lainkaan	Onko käytössäsi? <input type="checkbox"/> tavallinen hammasharja <input type="checkbox"/> sähköhammasharja
Käytätkö? <input type="checkbox"/> fluorihammastahnaa <input type="checkbox"/> ksylitolituotteita, kuinka monta kertaa päivässä? _____ <input type="checkbox"/> lisäfluoria, mitä / kuinka usein? _____	
Mikä on janojuomasi?	Ruokailutottumuksesi? <input type="checkbox"/> säännölliset (n. 5ateriaa päivässä) <input type="checkbox"/> epäsäännölliset
Sokeria sisältävien tuotteiden käyttö? Sokeripitoiset tai happamat juomat (mehut, limonadit, energiajuomat, tuoremehut jne.) <input type="checkbox"/> Päivittäin <input type="checkbox"/> Viikoittain <input type="checkbox"/> Harvoin Keksit / Leivonnaiset/Sipsit <input type="checkbox"/> Päivittäin <input type="checkbox"/> Viikoittain <input type="checkbox"/> Harvoin Makeiset <input type="checkbox"/> Päivittäin <input type="checkbox"/> Viikoittain <input type="checkbox"/> Harvoin	