

# ESITIETOLOMAKE

Nimi	Henkilötunnus
Lähiosoite	Postinumero/Postitoimipaikka
Ammatti	Työpaikka
Koti- ja matkapuhelin	Työpuh.

**LÄÄKITYKSET**  \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ei lääkitystä

## SAIRAUDET

Sydän- ja verisuonisairaus

Verenvuototaipumus

Munuaissairaus

Diabetes

Reuma

Epilepsia

HIV, AIDS, Hepatiitti

Astma

Lääkeaineallergia \_\_\_\_\_

Muu allergia \_\_\_\_\_

Muu sairaus \_\_\_\_\_

Sädehoito

Keinoläppä, keinonivel

Tupakoin säännöllisesti

Olen raskaana

Olen sairauskassan jäsen

Muu asia jonka haluan huomioitavan hoidossani \_\_\_\_\_

Edellinen hammaslääkärikäyntini vuonna 20 \_\_\_\_

Henkilötietonne tallennetaan potilasrekisteriimme. Henkilötiedot ovat salassa pidettäviä ja niitä luovutetaan vain lakiin perustuen ja luvallanne

Hoitooni liittyviä tietoja saa antaa suun terveydenhuollon / muun terveydenhuollon käyttöön (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/92) Kyllä  Ei

Vammalassa \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

Allekirjoitus