

Nimi	Henkilötunnus	
Katuosoite	Postitoimipaikka	
Ammatti	Työpaikka	
Puhelinnumero tekstiviestimuistutusta varten	Sähköpostiosoite	
Onko Teillä käytössä jatkuva lääkitys tai käytättekö ravintolisiä tai vitamiineja? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		
Valmisteen nimi		
Oletteko allerginen jollekin lääke- tai muulle aineelle (esim. kumille)? Mille aineelle _____ <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		
Onko Teillä ollut paikallispuudutteista jotain haittoja?	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
Haluatteko puudutuksen aina paikattessa?	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
Oletteko raskaana? Laskettu aika _____	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
Tupakoitteko / nuuskaatteko?	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
Kuorsaatteko?	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
Onko Teillä jokin seuraavista sairauksista?		
Tartuntatauti (esim. MRSA, ESBL, Hepatiitti B tai -C, HIV), mikä _____	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
Hengityselintauti	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
Sydän- tai verenkiertosairaus	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
Verenpainetauti	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
Diabetes	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
Tuki- tai liikuntaelinsairaus	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
Hermoston sairaus, mikä? _____	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
Muu, mikä? _____	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
Onko Teillä		
Tekonivel	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
Sydämen tekoläppä	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
Onko Teille tehty jokin leikkaus viimeisen vuoden aikana, mikä?		
Oletteko saanut sädehoitoa/sytostaattihoidoa? Jos, niin milloin?		
Milloin hampaanne on hoidettu viimeksi kuntoon ja missä?		
Miten hoidatte hampaitanne? (pesu, fluori jne)		
Minkä takia nyt hakeudutte hoitoon?		
Muu lisätieto, jonka haluatte esittää?		
Hoitotiedot voi luovuttaa uuden asuinpaikan hammashoitolaan? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		
Päiväys	Allekirjoitus	