

Potilaan nimi: _____ Potilaan tunnusnumero: _____
 Syntymäaika: _____

I. RENGASTA SOPIVA VASTAUS (jätä merkitsemättä, jos et ymmärrä kysymystä):

- | | | | |
|----|-------|----|--|
| 1. | Kyllä | Ei | Onko yleinen terveydentilasi hyvä? |
| 2. | Kyllä | Ei | Onko terveydentilasi muuttunut viime vuoden aikana? |
| 3. | Kyllä | Ei | Oletko ollut sairaalapotilaana tai vakavasti sairaana kolmen viime vuoden aikana? Jos KYLLÄ, miksi? _____ |
| 4. | Kyllä | Ei | Oletko tällä hetkellä lääkärin hoidossa? Minkä vuoksi? _____
Viimeisimmän lääkärintarkastuksen päivämäärä? _____
Viimeisimmän hammaslääkärintarkastuksen päivämäärä? _____ |
| 5. | Kyllä | Ei | Onko sinulla ollut ongelmia aiempien hammashoitosten suhteen? |
| 6. | Kyllä | Ei | Onko sinulla kipuja tällä hetkellä? |

II. OLETKO KOKENUT SEURAAVAA:

- | | | | | | | | |
|-----|-------|----|--|-----|-------|----|-------------------------|
| 7. | Kyllä | Ei | Rintakipua (angina)? | 18. | Kyllä | Ei | Huimausta? |
| 8. | Kyllä | Ei | Nilkkojen turvotusta? | 19. | Kyllä | Ei | Korvien soimista? |
| 9. | Kyllä | Ei | Hengästymistä? | 20. | Kyllä | Ei | Päänsärkyä? |
| 10. | Kyllä | Ei | Viimeaikaista painon putoamista, kuumetta, yöhikoilua? | 21. | Kyllä | Ei | Pyörtymiskohtauksia? |
| 11. | Kyllä | Ei | Itsepintaista yskää, veristä yskää? | 22. | Kyllä | Ei | Näön hämärtymistä? |
| 12. | Kyllä | Ei | Verenvuoto-ongelmia, helposti syntyviä mustelmia? | 23. | Kyllä | Ei | Kohtauksia? |
| 13. | Kyllä | Ei | Poskiontelo-ongelmia? | 24. | Kyllä | Ei | Liiallista janoa? |
| 14. | Kyllä | Ei | Nielemisvaikeuksia? | 25. | Kyllä | Ei | Tiheää virtsaamista? |
| 15. | Kyllä | Ei | Ripulia, ummetusta, verta ulostuksessa? | 26. | Kyllä | Ei | Suun kuivuutta? |
| 16. | Kyllä | Ei | Toistuvaa oksentamista, pahoinvointia? | 27. | Kyllä | Ei | Keltatauti? |
| 17. | Kyllä | Ei | Virtsaamisvaikeuksia, verta virtsassa? | 28. | Kyllä | Ei | Nivelkipua, jäykkyyttä? |

III. ONKO SINULLA TÄLLÄ HETKELLÄ TAI ONKO SINULLA OLLUT:

- | | | | | | | | |
|-----|-------|----|--|-----|-------|----|---------------------------------------|
| 29. | Kyllä | Ei | Sydäntauti? | 40. | Kyllä | Ei | AIDS |
| 30. | Kyllä | Ei | Sydänkohtaus, sydänvikoja? | 41. | Kyllä | Ei | Kasvaimia, syöpä? |
| 31. | Kyllä | Ei | Sydämen sivuääniä? | 42. | Kyllä | Ei | Niveltulehdus, reumatismi? |
| 32. | Kyllä | Ei | Reumakuume? | 43. | Kyllä | Ei | Silmätauteja? |
| 33. | Kyllä | Ei | Halvaus, valtimoiden kovettumista? | 44. | Kyllä | Ei | Ihotauteja? |
| 34. | Kyllä | Ei | Korkea verenpaine? | 45. | Kyllä | Ei | Anemia? |
| 35. | Kyllä | Ei | Astma, tuberkuloosi, emfyseema, muita keuhkosairauksia? | 46. | Kyllä | Ei | Sukupuolitauteja (kuppa tai tippuri)? |
| 36. | Kyllä | Ei | Hepatiitti, muu maksasairaus? | 47. | Kyllä | Ei | Herpes? |
| 37. | Kyllä | Ei | Vatsaongelmia, vatsahaavoja? | 48. | Kyllä | Ei | Munuaistauti, sappikivitauti? |
| 38. | Kyllä | Ei | Allergia: lääkkeille, ruoalle, lateksille? | 49. | Kyllä | Ei | Kilpirauhastauti, lisämunuaistauti? |
| 39. | Kyllä | Ei | Perhehistoriassa sokeritautia, sydänongelmia, kasvaimia? | 50. | Kyllä | Ei | Sokeritauti? |

IV. ONKO SINULLA TÄLLÄ HETKELLÄ TAI ONKO SINULLA OLLUT:

- | | | | | | | | |
|-----|-------|----|------------------------|-----|-------|----|-----------------|
| 51. | Kyllä | Ei | Psykiatrista hoitoa? | 56. | Kyllä | Ei | Sairaalahoitoa? |
| 52. | Kyllä | Ei | Sädehoitoa? | 57. | Kyllä | Ei | Verensiirtoja? |
| 53. | Kyllä | Ei | Syövän kemoterapiaa | 58. | Kyllä | Ei | Leikkauksia? |
| 54. | Kyllä | Ei | Sydämen läppäproteesi? | 59. | Kyllä | Ei | Sydäntahdistin |
| 55. | Kyllä | Ei | Tekonivel? | 60. | Kyllä | Ei | Piilolinssit? |

V. KÄYTTÄTKÖ:

- | | | | | | | | |
|-----|-------|----|---|-----|-------|----|----------------------------|
| 61. | Kyllä | Ei | Huumeita? | 63. | Kyllä | Ei | Tupakkaa missään muodossa? |
| 62. | Kyllä | Ei | Reseptilääkkeitä, ilman reseptiä saatavia lääkkeitä (mukaan lukien aspiriini), luontaislääkkeitä? | 64. | Kyllä | Ei | Alkoholia? |

Luettele mitä: _____

VI. VAIN NAISILLE:

- | | | | | | | | |
|-----|-------|----|---|-----|-------|----|-----------------------------|
| 65. | Kyllä | Ei | Oletko tai voisitko olla raskaana tai imetätkö? | 66. | Kyllä | Ei | Käytätkö ehkäisypillereitä? |
|-----|-------|----|---|-----|-------|----|-----------------------------|

VII. KAIKILLE POTILAILLE:

- | | | | |
|-----|-------|----|--|
| 67. | Kyllä | Ei | Onko sinulla ollut mitään muita tauteja tai lääketieteellisiä ongelmia, joita EI ole lueteltu tässä lomakkeessa? |
|-----|-------|----|--|

Jos on, selitä mitä: _____

Parhaan tietämykseni mukaan kaikki edellä olevat vastaukset ovat täydellisiä ja tarkkoja. Ilmoitan hammaslääkärilleni terveyttäni ja/tai lääkkeitäni koskevista muutoksista.

Potilaan allekirjoitus: _____ Päivämäärä: _____

TARKISTUS UUSINTAKÄYNNEILLÄ:

- | | | |
|----|-------------------------------|-------------------|
| 1. | Potilaan allekirjoitus: _____ | Päivämäärä: _____ |
| 2. | Potilaan allekirjoitus: _____ | Päivämäärä: _____ |
| 3. | Potilaan allekirjoitus: _____ | Päivämäärä: _____ |