



ESITIEDOT HAMMASHOITOA VARTEN

Mahdollisimman tarkat vastaukset alla oleviin luottamuksellisiin kysymyksiin ovat tärkeitä hammashoitonne suunnittelussa.

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____ Puhelin: _____

Osoite: _____

ONKO TEILLÄ JOKIN SEURAAVISTA SAIRAUKSISTA?

- | | | | |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------|
| Sydän- ja verisuonisairaus | <input type="checkbox"/> | Lisääntynyt verenvuototaipumus/-sairaus | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes (sokeritauti) | <input type="checkbox"/> | Maksa- tai munuaissairaus | <input type="checkbox"/> |
| Astma | <input type="checkbox"/> | Hepatiitti | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia | <input type="checkbox"/> | HIV (tai AIDS) positiivinen | <input type="checkbox"/> |
| Reuma | <input type="checkbox"/> | MRSA, VRE, ESBL tai joku muu sairaalabakteeri | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporoosi | <input type="checkbox"/> | Psyykinen sairaus | <input type="checkbox"/> |
| Syöpäsairaus | <input type="checkbox"/> | Saanut pään tai kaulan alueen sädehoitoa | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Jokin muu sairaus, mikä? _____ | | | |

ONKO TEILLÄ / OLETTEKO TE / KÄYTÄTTEKÖ?

- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Sydämentahdistin tai keinoläppä | <input type="checkbox"/> | Saanut sädehoitoa tai solumyrkkyjä | <input type="checkbox"/> |
| Keinonivel (esim. lonkkaproteesi) | <input type="checkbox"/> | Tupakkaa / nuuskaa | <input type="checkbox"/> |
| Raskaana | <input type="checkbox"/> | Laskettu aika: _____ | |
| Alkoholia | <input type="checkbox"/> viikottain <input type="checkbox"/> harvemmin <input type="checkbox"/> en lainkaan | | |

MITÄ LÄÄKKEITÄ KÄYTÄTTE SÄÄNNÖLLISESTI?

Käytössä olevat luontaistuotteet _____

Oletteko yliherkkä (allerginen) jollekin lääke- tai muulle aineelle?

OMAHOITO JA RUOKAILUTOTTUMUKSET

Harjaan hampaat:

- kaksi kertaa päivässä
 kerran päivässä
 harvemmin

Minulla on käytössä:

- sähköhammasharja
 tavallinen hammasharja

Puhdistan hammasvälit:

- joka päivä
 joka toinen päivä
 harvemmin
- hammastikulla
 hammasväliharjalla
 hammaslangalla
 muu, mikä? _____

Minulla on käytössä fluorihammastahna kyllä ei

Ruokailen säännöllisesti _____ kertaa päivässä. Vältän napostelua ruokailujen välissä: kyllä en

Mahdollinen erityisruokavalio: _____

Syön päivittäin makeita ruokia, karkkia tai leivonnaisia: kyllä en

Juon päivittäin happamia juomia, kuten mehua, limonadia, light- tai energiajuomia: kyllä en

Käytän päivittäin ksylitolituotteita (purukumi tai pastilli): kyllä en