



ESITIEDOT **LAPSEN** HAMMASHOITOA VARTEN

Etu- ja sukunimi _____

Henkilötunnus _____

Osoitetiedot _____

Huoltajan nimi _____

Huoltajan puhelin _____

LAPSEN TERVEYDENTILA

Astma Lisääntynyt verenvuototaipumus

Epilepsia Kehityksen viivästymä

Diabetes Infektiotauti

Sydänsairaus Antibioottikuureja vaatineita korvatulehduksia

Reuma Muu sairaus, mikä? _____

Yliherkkyys, mikä? _____

Lääkitys: _____

Hoitavan lastenlääkärin nimi: _____

Hammashoidossa huomioitavaa: _____

LAPSEN HAMPAIDEN KOTIHOITO JA RUOKAILUTOTTUMUKSET

Harjaan hampaat:

- kaksi kertaa päivässä
- kerran päivässä
- harvemmin

- itse
- saan apua vanhemmilta

Minulla on käytössä:

- sähköhammasharja
- tavallinen hammasharja
- fluorihammastahna

Puhdistan hammasvälit (>12-vuotiaat):

- joka päivä
- joka toinen päivä
- harvemmin

Ruokailen säännöllisesti _____ kertaa päivässä.

Vältän napostelua ruokailujen ja välipalojen 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