



Pvm:

Haastattelija:

**Haastateltu**

Sukunimi:	Etunimi:	Henkilötunnus:
Ent. nimi:	Puh.nro:	
Osoite:	Ammatti	
Huoltajan/lähiomaisen nimi:		

**Yleisterveystila/sairaudet:**

<input type="checkbox"/> 1. Korvasairaus / huonokuuloisuus	<input type="checkbox"/> 12. Sepelvaltimosair. syd.veritulppa	<input type="checkbox"/> 23. Keinonivel
<input type="checkbox"/> 2. Päänsärky / migreeni	<input type="checkbox"/> 13. Keinoläppä, läppävika	<input type="checkbox"/> 24. Syöpäsairaus
<input type="checkbox"/> 3. Huimaus	<input type="checkbox"/> 14. Tahdistin	<input type="checkbox"/> 25. Hepatiitti, maksasairaus
<input type="checkbox"/> 4. Epilepsia	<input type="checkbox"/> 15. Tuberkuloosi	<input type="checkbox"/> 26. Hiv
<input type="checkbox"/> 5. Halvaus	<input type="checkbox"/> 16. Astma tai muu heng.elinsairaus	<input type="checkbox"/> 28. Hyytymishäiriö / antikoagul
<input type="checkbox"/> 6. Muu hermoston sairaus	<input type="checkbox"/> 17. Munuaissairaus	<input type="checkbox"/> 29. Anemia
<input type="checkbox"/> 7. Alkoholin liikkäyttö	<input type="checkbox"/> 18. Sokeritauti	<input type="checkbox"/> 30. Allergia / yliherkkyys
<input type="checkbox"/> 8. Huumeiden käyttö	<input type="checkbox"/> 19. Kilpirauhasen sairaus	<input type="checkbox"/> 31.
<input type="checkbox"/> 9. Mielenterveyshäiriö	<input type="checkbox"/> 20. Iskias, selkävika	
<input type="checkbox"/> 10. Ihottuma	<input type="checkbox"/> 21. Reuma	
<input type="checkbox"/> 11. Kohonnut verenpaine	<input type="checkbox"/> 22. Muu nivelsairaus	

**Lääkitys**

**Suun terveys**

Syy hammashoittoon hakeutumiseen:	
Haluan puudutuksen <input type="checkbox"/>	
Harjaan hampaitani fluoritahnalla: <input type="checkbox"/> 2 x päivässä <input type="checkbox"/> 1 x päivässä <input type="checkbox"/> harvemmin	
Olen raskaana, laskettu aika:	Od. isä
Hampaani on viimeksi tarkistettu:	
Tupakoin / käytän nuuskaa: <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
Olen saanut sädehoitoa kasvojen tai kaulan alueelle: <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
Pelkään hammashoitoa? Mitä erityisesti:	

Allekirjoitus: \_\_\_\_\_