

POTILAAN TIEDOT

Sukunimi *		Henkilötunnus *	
Etunimi *		Ammatti	
Kotiosoite *		Työpaikka	
Postinro ja -paikka *		Työpaikkakassa, mikä?	
Puhelin 1 *		Puhelin (työ)	
Puhelin 2		Sähköposti	

HUOLTAJAN TIEDOT (*jos potilas on alle 18-vuotias)

Huoltajan nimi		Puhelin	
		Sähköposti	
Huoltajan nimi		Puhelin	
		Sähköposti	

Miksi hakeuduit nyt hammaslääkäriin?

Allergiat:

Lääkkeet (esim. verenohennuslääkkeet. Voit jatkaa luetteloä kääntöpuolelle):

HENKILÖTIETOLAIN (523/1999) MUKAINEN INFORMOINTI

Potilastietosi tallennetaan rekisteriin, josta vastaa suostumuksesi perusteella ammatinharjoittaja (hammaslääkärisi) ja Tullinhammas Oy (rekisterinpitäjä / Tullinsuu ja Uusisuu). Potilastietosi ovat salassa pidettäviä. Hoitosuhteeseesi perustuen tietojasi voidaan luovuttaa vain suostumuksesi nojalla tai lakiin perustuen. Tietojasi käsitellään vain hoitosuhteeseen liittyvinä. Sinulla on mahdollisuus tarkistaa rekisteriin tallennetut, itseäsi koskevat, tiedot kirjallisella pyynnöllä tai henkilökohtaisen käynnin yhteydessä. Samoin sinulla on oikeus vaatia korjattavaksi rekisterissä oleva virheellinen tieto tai peruuttaa suostumuksesi tietojen antamiseen tai rajata sitä. Rekisteriselostemme on saatavilla www.tullinsuu.fi -sivuilla ja vastaanottoillamme.

LUPA YHTEYSTIETOJEN KÄYTTÄMISEEN

Hammaslääkärikeskus Tullinsuu/Uusisuu saa lähettää minulle tietoa, uutisia ja tarjouksia sähköpostitse tai tekstiviestitse terveyteen, hyvinvointiin ja hoitosuhteeseeni liittyen.

 Kyllä Ei**POTILASTIETOJEN LUOVUTTAMINEN**

Annan suostumukseni siihen, että hoitavalle hammaslääkärille ja Hammaslääkärikeskus Tullinsuun/Uusisuun muulle henkilökunnalle luovutetaan hoitosuhteeseeni liittyvät, hoitoni kannalta välttämättömät, terveydentilaani, tutkimuksiani ja hoitoani koskevat tiedot. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/92

 Kyllä Ei**ALLEKIRJOITUS ***

Päiväys: _____ . _____ . 20 _____

Allekirjoitus: _____

Potilaan allekirjoitus tai alle 18-vuotiaan potilaan puolesta huoltajan allekirjoitus

* = pakollinen tieto

Vastaathan terveyteen liittyviin kysymyksiin, ks. kääntöpuoli ->

YLEISTERVEYS:

	kyllä	ei
1. Onko Sinulla jokin perussairaus? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Käytätkö säännöllisesti lääkkeitä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Oletko allerginen jollekin lääkkeelle? Mille?: _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Muut allergiat _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Onko Sinulle käytetty paikallispuudutusta? Onko puudutuksen yhteydessä ollut sivuvaikutuksia? Mitä?: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Oletko saanut sädehoitoa pään tai kaulan alueelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Oletko raskaana? Jos olet, mikä on laskettu aikasi? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tupakoitko säännöllisesti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HAMMASHOITO:

	kyllä	ei
1. Jännittääkö Sinua hammaslääkärissä käynti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haluatko keskustella hammaslääkärin kanssa mahd. hammaslääkäripelostasi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Onko hampaitasi oiottu? Milloin: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Milloin olet edellisen kerran käynyt hammashoidossa hammaslääkärillä? _____		
5. Muuta hammashoidossasi huomioitavaa: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		

SAIRAUDET:

Oletko sairastanut tai onko Sinulla jokin seuraavista sairauksista tai oireista?

	kyllä	ei		kyllä	ei
1. synnynnäinen sydänvika tai muu sydänsair. mikä: _____ lääkitys: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. silmäsairaus, mikä: _____ lääkitys: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. reumaattinen kuume tai sydänsairaus, mikä: _____ lääkitys: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. vatsahaava, ruuansulatuselinten sairaus, mikä: _____ lääkitys: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. muu verenkiertoelimestön sairaus, mikä: _____ lääkitys: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ihotauti, mikä: _____ lääkitys: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. veritauti (myös anemia), mikä: _____ lääkitys: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. sukupuolitauti, mikä: _____ lääkitys: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. verenvuototaipumus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. kasvain/syöpä, mikä: _____ lääkitys: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. verenpainetauti lääkitys: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. psykkinen sairaus, masennus, unettomuus lääkitys: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. reuma tai muu sidekudossairaus, mikä: _____ lääkitys: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. epilepsia lääkitys: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. sokeritauti lääkitys: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. keskushermoston sairaus lääkitys: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. kilpirauhassairaus lääkitys: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. sydämen tahdistaja, tekoläppä, tekonivel, mikä: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. hepatiitti tai muu maksasairaus, mikä: _____ lääkitys: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. vakava vamma pään tai kaulan alueella: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. munuaistulehdus tai muu munuaissairaus, virtsatieinfektio, mikä: _____ lääkitys: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. tapaturma hampaiston alueella: milloin: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. tuberkuloosi, astma tai muu hengityselinten sairaus, mikä: lääkitys: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. kärsitkö toistuvasta päänsärystä? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			25. narskutteletko öisin hampaitasi? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			26. onko Sinulla korvaoireita? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			27. muu yleissairaus, mikä? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>