

Sukunimi (myös entiset)					
Etunimi			Henkilötunnus		
Osoite					
Postinumero		Postitoimipaikka		Kotikunta	
Ammatti			Työnantaja/opiskelupaikka		
Puhelin kotiin/matkapuhelin			Puhelin virka-aikana		
Onko Teillä nyt oireita hampaissanne tai suussanne? Mitä oireita? _____		kyllä	ei	Oletteko raskaana? Laskettu aika _____	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kyllä	ei
Onko terveydentilanne mielestänne tällä hetkellä hyvä?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tupakoitko tai käytättekö nuuskaa?	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletteko ollut jatkuvassa lääkärin tai sairaalahoidossa?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Käytättekö huumaavia aineita ?	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletteko saanut sädehoitoa pään tai kaulan alueelle?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Onko Teille tullut ongelmia paikallispuudutuksesta?	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletteko yliherkkä eli allerginen lääkkeille tai muille aineille (esim. penisilliini, aspiriini, kumi, ruoka-aineet)?					
kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>					
mille? _____					
Käytättekö säännöllisesti jotain lääkettä? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>					
mitä lääkettä? _____					
Muuta huomioitavaa					

Mikäli Teillä on / on ollut jokin seuraavista sairauksista tai oireista, merkitkää rasti ruutuun					
<input type="checkbox"/> Sydän- tai verisuonisairaus	<input type="checkbox"/> Kilpirauhasen sairaus	<input type="checkbox"/> Munuaissairaus			
<input type="checkbox"/> Sydämentahdistin, tekoläppä	<input type="checkbox"/> Reuma, reumaattinen kuume	<input type="checkbox"/> Maksasairaus			
<input type="checkbox"/> Kohonnut verenpaine	<input type="checkbox"/> Tekonivel	<input type="checkbox"/> Hepatiitti B			
<input type="checkbox"/> Veritauti, anemia	<input type="checkbox"/> Toistuva päänsärky	<input type="checkbox"/> Hepatiitti C			
<input type="checkbox"/> Taipumus verenvuotoon	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> HIV-infektio (AIDS)			
<input type="checkbox"/> Sokeritauti, Diabetes	<input type="checkbox"/> Mahahaava	<input type="checkbox"/> Psykkinen sairaus			
<input type="checkbox"/> Keuhkosairaus, astma	<input type="checkbox"/> Muu yleissairaus, mikä? _____				
Muita lisätietoja					

Päiväys			Allekirjoitus		
Muutokset:					