

TERVEYSPALVELUT /Hammashuolto

Lapsen huoltajaa pyydetään täyttämään tämä lomake ja palauttamaan hammashoitolaan.
Tietoja tarvitaan lapsenne tarpeenmukaisen ja turvallisen hampaiden ja purennan hoidon järjestämisessä.

Lapsen nimi	<input type="text"/>	Henkilötunnus	<input type="text"/>
Osoite ja portinnumero	<input type="text"/>	Syntymäpaikka	<input type="text"/>
Huoltajan nimi ja ammatti	<input type="text"/>	Puh. koti/työ	<input type="text"/>
Huoltajan nimi ja ammatti	<input type="text"/>	Puh. koti/työ	<input type="text"/>

SUU JA HAMPAISTO

Imemistavat: tutinimijä vuotiaaksi sormen- tai peukalonimijä vuotiaaksi

Hampaistoon ja leukoihin kohdistuneet tapaturmat. Mihin ja milloin:

Fluorin saanti:

<input type="checkbox"/> hammastahnasta	<input type="checkbox"/> kaivovedestä <input type="text"/> mg/l	<input type="checkbox"/> Lapsi saa/on saanut puheopetusta
<input type="checkbox"/> tabletteina	<input type="checkbox"/> muulla tavalla	<input type="checkbox"/> Lapsi narskuttelee hampaitaan

LAPSEN SAIRAUDET

Korva-, nenä- ja kurkkusairaudet

<input type="checkbox"/> Toistuvia korvatulehduksia..... <input type="text"/> iässä	<input type="checkbox"/> Toistuvia nielutulehduksia..... <input type="text"/> iässä
<input type="checkbox"/> Lapsi hengittää suu avoinna tai kuorsaa <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Usein nuhaa ja/tai yskää <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Poskiontelotulehduksia..... <input type="text"/> iässä	<input type="checkbox"/> Kitarisa/nielurisat poistettu..... <input type="text"/> iässä

Allergiat

<input type="checkbox"/> Astma, alkanut <input type="text"/> iässä	<input type="checkbox"/> Allerginen nuha alkanut..... <input type="text"/> iässä
<input type="checkbox"/> Taive- tai muu ihottuma alkanut..... <input type="text"/> iässä	

Muut allergian oireet:

Allergian oireita aiheuttavat:

Allergiatutkimukset ja testaukset Suvussa esiintyy allergioita

Lapsen muut, lääkärin toteamat sairaudet (merkitään myös aikaisemmin sairastetut taudit)

<input type="checkbox"/> Diabetes, milloin <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Lastenreuma, milloin <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Epilepsia, kouristukset, milloin <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sydänvika, milloin <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Virtsatieinfektio tai munuaistauti, milloin <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Taipumus verenvuotoon, milloin <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Synnynnäinen kehityshäiriö, mikä <input type="text"/>	

Muu krooninen sairaus, mikä

Lapsen pitkäaikaislääkitys ja lääkkeiden nimet:

Lapsi on syntynyt keskosena

Muut lapsen terveydentilaa koskevat asiat, jotka huoltaja haluaa antaa hammaslääkärin tiedoksi:

Päiväys

_____ Huoltajan allekirjoitus

Kyselylomakkeeseen vaaditaan allekirjoitus, konekielisenä lomaketta ei voi lähettää.