

päivämäärä _____

laskettu aika _____

Ensimmäistä lastaan odottavan suun terveydenhoidon tarpeen arviointi

Nimi ja henkilötunnus _____

Ammatti _____

Onko sinulla joku yleissairaus? Mikä? _____

Käytätkö säännöllisesti tai usein jotain lääkettä? Mitä? _____

Tupakoitko? Kuinka paljon? _____

Koska kävit edellisen kerran hammashoidossa?

- tarkastus v. _____
- muu käynti v. _____

Kuinka usein käyt tarkastuttamassa hampaasi? _____

Onko sinulla paikattuja hampaita? _____

Kuinka usein harjaat hampaasi? _____

Käytätkö harjan lisäksi muita hampaiden puhdistusvälineitä? Mitä?

Vuotavatko ikenesi verta harjatessa? _____

Onko sinulla viime aikoina ollut kipua hampaissasi? _____

Mikäli suun terveydenhuollon ammattihenkilö arvioi suuni terveyden tarkemman tutkimisen aiheelliseksi, haluan että minuun otetaan yhteyttä, puh. _____

En halua, että minuun otetaan yhteyttä.

Lomakkeen palautus: Vastaava hammaslääkäri, Pappilanpellon hammashoitola, Kirkkojärventie 3, 03400 Vihti

Hammashoidon ajanvaraus arkisin klo 8.00-12.00 ja 12.30-15.00, puh. (09) 4258 2078