

ESITIEDOT KOULULAISEN HAMMASHOITOA VARTEN

Koululaisen huoltajaa pyydetään täyttämään esitietolomake huolellisesti. Kaikkia tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Esitietolomake palautetaan hammashoitolaan ensimmäisellä käynnillä.

Lapsen nimi ja henkilötunnus: _____

Osoite: _____

Huoltajan nimi ja puhelinnumero päivisin: _____

Onko lapsellanne todettu jokin seuraavista:

Kyllä

Ei

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | allergia, mikä? _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | sydänsairaus |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | taipumus verenvuotoon |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | reuma |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | diabetes |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | epilepsia |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | munuaissairaus |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | dysfasia |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | autismikirjon diagnoosi |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | kehitysvamma |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | syöpä, mikä? _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | jokin muu yleissairaus, mikä? _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | jatkuva tai toistuva lääkitys, mikä? _____ |

Jokin muu seikka, jonka haluat hammashoitohenkilökunnan huomioivan lastanne hoidettaessa:

Mikäli lapsenne yleisterveydessä tapahtuu muutoksia, on ensiarvoisen tärkeää, että ilmoitatte niistä hammashoitoon.

Päiväys ja huoltajan allekirjoitus

Yhteydenotot hammashoitoloihin keskitetyn ajanvarauksen kautta, joka palvelee arkipäivisin klo 8-12 ja 12.30-15 numerossa (09) 4258 2078.