

ESITIEDOT HOITOA VARTEN

Antamanne tiedot ovat luottamuksellisia ja välttämättömiä hoitavalle hammaslääkärille hammashoitonne suunnittelua varten. Potilasrekisteristä vastaa Kasarmikadun hammasklinikka.

Nimi: _____ Sos.turvätunnus: _____

Osoite: _____ Postinumero ja asuinkunta: _____

Puhelin koti: _____ Puhelin työ: _____

Ammatti: _____ Työpaikka: _____

Saatteko korvausta hammashoitoon työpaikkakassan kautta? _____ Kyllä Ei

Oletteko nyt jatkuvassa lääkärinhoidossa? _____

Oletteko sairastanut tai onko teillä parhaillaan:

Kohonnut verenpaine _____

Sydän-tai verisuonisairaus _____

Sydämentahdistin, keinoläppä, keidonivel tai muu keinoelin _____

Veritauti tai taipumus verenvuotoon tai verenhennuslääke _____

Keskushermoston sairaus _____

Kohonnut kolesteroli _____

Astma _____

Reuma/Reumakuume _____

Kilpirauhasen sairaus _____

Sokeritauti, diabetes _____

Munuaissairaus _____

Epilepsia _____

Vatsahaava _____

Psyykinen häiriötila _____

Maksasairaus, hepatiitti _____

HIV-infektio, AIDS _____

Jokin muu pysyväisluontoinen sairaus, mikä? _____

Onko teille käytetty paikallispuudutusta? _____

Onko puudutuksesta seurannut hankaluuksia? _____

Oletteko raskaana tai imetättekö parhaillaan? _____

Onko teille annettu sädehoitoa tai sytostaattihoidoa? _____

Tupakoittekö tai käytättekö nuuskaa? _____

Käytössänne olevat lääkkeet: _____

Vastaanotolle tulonne syy _____

Sallin seuraavat toimet kyllä / ei (ympyröikää oikea vaihtoehto)

- Tietojen siirron KANTA-palveluun
- tietojen säilytyksen vastaanoton yhteisrekisterissä
- pääsyn reseptikeskuksen lääketietoihin (eResepti)
- ajanvarausmuistutukset sähköpostitse tai tekstiviestillä
- tutkimusvastausten postittamisen kotiosoitteeseen tarvittaessa

Parola ____ / ____ 20 ____

POTILAAN ALLEKIRJOITUS

- Vastaanotollamme on videovalvonta
- Uusilta asiakkailtamme tarkistamme luottotiedot
- Käyttämättä jääneestä vastaanottoajasta veloitamme maksun