



Esitietolomake Suu- ja leukasairauksien poliklinikka

24.5.2024

Pyydämme täyttämään kyselylomakkeen ja tuomaan mukana / palauttamaan

oheisessa vastauskuoressa suupoliklinikalle

TAUSTATIEDOT HOITOA JA MAHDOLLISIA TOIMENPITEITÄ VARTEN

Nimi			
Syntymäaika	Paino	kg	Pituus cm

Sairastatteko tai oletteko sairastaneet jotakin seuraavista taudeista?

	Kyllä	Ei		Kyllä	Ei
1. Synnynnäinen sydänvika			11. Munuaissairaus		
2. Sepelvaltimotauti			12. Sokeritauti		
3. Sydämen vajaatoiminta			13. Maksasairaus		
4. Sydämen rytmihäiriö			14. Epilepsia		
5. Sydämen veritulppa v. _____			15. Selkäsairaus		
6. Muu sydänsairaus			16. Nivelvaivat		
7. Verenpainetauti			17. Verenvuototaipumus tai veritauti		
8. Laskimoveritulppa			18. Silmäsairaus		
9. Astma			19. Lihassairaus tai lihasheikkous		
10. Muu keuhkosairaus			20. Sairastatteko jotain muuta sairautta? Mitä sairautta?		

21. Onko Teillä ollut tapaturmia?			25. Käytättekö alkoholia?		
22. Käytättekö hammasproteesia?			26. Käytättekö huumeita?		
23. Onko hampaissanne siltoja, nastoja tai kuoria?			27. Tupakoittekö säännöllisesti?		
24. Oletteko raskaana?			28. Viimeiset kuukautiset pv. _____ Ehkäisy:		

	Kyllä	Ei
Oletteko ollut viime aikoina lääkärin hoidossa? Myös ulkomailla? Minkä taudin tai oireen takia?		
Käytättekö lääkkeitä? Lääkkeen nimi ja annos (myös käsikauppalääkkeet)		
Onko Teille aikaisemmin tehty leikkauksia, nukutuksia tai puudutuksia? v. _____		
Onko Teillä allergiaa? Mille aineelle?		
Asioita, joita haluaisitte lääkärin tietävän:		

TOIMENPITEEN JÄLKEEN TARVITSEMANNE TODISTUKSET

Sairauslomatodistus (SVA) _____ Muu todistus, mikä? _____
 Matkakorvaustodistus _____
 Todistus vakuutusyhtiötä varten _____

Vakuutusyhtiö? _____

Päiväys ja allekirjoitus _____/____20____
