

Lapsen huoltajaa pyydetään täyttämään tämä lomake huolellisesti.
Tiedot tarvitaan lapsenne turvallisen ja tarkoituksenmukaisen hoidon järjestämiseksi

Lapsen nimi	
Henkilötunnus	Kotipuhelin
Lähiosoite	Kotikunta
Postinumero	Postitoimipaikka
Huoltaja nimi	
Ammatti	Puhelin (työ, koti, gsm)
Huoltajan nimi	
Ammatti	Puhelin (työ, koti, gsm)
Aikaisempi hammashoito Paikkakunta:	Hammashoitola:
Oletteko lapsenne yliherkkä tai allerginen jollekin lääke- tai mulle aineille (esim. penisilliini, aspiriini, kumi, jokin ruoka-aine)? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mille ?	
Mikäli lapsellanne on/ on ollut jokin seuraavista sairauksista tai oireita, merkitkää rasti ruutuun	
<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Virtsatieinfektio tai munuaisvika
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Taipumus verenvuotoon
<input type="checkbox"/> Sydänvika	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Reumaattinen kuume	<input type="checkbox"/> Toistuva päänsärky
<input type="checkbox"/> Reuma	<input type="checkbox"/> Alltius tulehdustauteihin (esim. korvatulehdus)
<input type="checkbox"/> Tapaturma hampaiden ja leukojen alueella, miten ?	
<input type="checkbox"/> Muu yleissairaus, mikä ?	
Käyttääkö lapsenne säännöllisesti jotakin lääkettä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	
Lääkkeen nimi ja annostus:	
Yleissairautta hoitavan lääkärin nimi	
Muita lisätietoja	
Onko suvussanne todettu hampaiden synnynnäistä puuttumista tai ylilukuisia hampaita <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
Henkilötietolain (523/1999) mukainen informointi: Lapsenne henkilötiedot tallennetaan asiakasrekisteriimme. Henkilötiedot ovat salassa pidettäviä ja niitä luovutetaan vain lakiin perustuen tai luvallanne. Hammashoitoloissamme on nähtävillä rekisteriseloste sekä tiedot tarkastus- ja oikaisupyynnöoikeudestanne liittyen lastanne koskeviin tietoihin	
Saako lapsenne hoitoon liittyviä tietoja antaa suun terveydenhuollon/ muun terveydenhuollon käyttöön (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/92) <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
Päiväys	Huoltajan allekirjoitus
Päiväys	Hml/shg allekirjoitus