



Sukunimi (myös entiset)	Etunimet	
Henkilötunnus	Kotikunta	Äidinkieli
Osoite	Postinumero	Postitoimipaikka
Ammatti	Huoltajan nimi	
Puhelin (koti)	Puhelin (työ)	Puhelin (huoltajan)

Yleisterveys

Käytössä olevat lääkkeet

<input type="checkbox"/> Astma tai muu hengityselinsairaus <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Reuma <input type="checkbox"/> Sydän- tai verisuonisairaus <input type="checkbox"/> Verenpainetauti <input type="checkbox"/> Lisääntynyt verenvuototaipumus <input type="checkbox"/> Maksasairaus (hepatiitti) <input type="checkbox"/> HIV positiivinen <input type="checkbox"/> Muu sairaus, mikä: <input type="checkbox"/> Annettu sädehoitoa <input type="checkbox"/> Tekonivel <input type="checkbox"/> Tekoläppä <input type="checkbox"/> Raskaus, laskettu aika	<input type="checkbox"/> Allergia lääkeaineelle, mille <input type="checkbox"/> Allergia muulle, mille
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tupakoitanko / käytättekö nuuskaa

Muuta hammashoidossa huomioitavaa

___ / ___ 20__

Allekirjoitus