



Esitietolomake Suu- ja leukasairauksien poliklinikka

9.6.2023

**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. Silmänsairaus		
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. Tupakoitteko 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\_\_\_\_

-----