



## Esitiedot hampaiden ja suun hoitoa varten lapsilla

Lapsen nimi		Henkilötunnus
Osoite		Asuinkunta
Postinumero	Postitoimipaikka	Koulu

### Vanhempien / huoltajien tiedot

Nimi	Puhelin	Työpuhelin
Nimi	Puhelin	Työpuhelin

Onko lapsellanne tai onko ollut aiemmin jokin seuraavista tiloista tai sairauksista?

Allergia (lääkkeet, ruoka-aineet, kumi jne.), mille? \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sydänsairaus, mikä? _____                                    | <input type="checkbox"/> Reuma _____  |
| <input type="checkbox"/> Taipumus verenvuotoon _____                                  | <input type="checkbox"/> Kouristuksia _____                                   |
| <input type="checkbox"/> Veritauti, anemia _____                                      | <input type="checkbox"/> Epilepsia _____                                      |
| <input type="checkbox"/> Keuhkosairaus, astma _____                                   | <input type="checkbox"/> Toistuvia virtsatieinfektioita tai munuaisvika _____ |
| <input type="checkbox"/> Kilpirauhasen sairaus, mikä? _____                           |   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes, mikä? _____  | <input type="checkbox"/> Syöpä, mikä ja vuosi? _____                          |
| <input type="checkbox"/> Hoitotasapaino, viimeisin HbA1c (pitkäaikainen sokeri) _____ | <input type="checkbox"/> Muita sairauksia, mitä? _____                        |
| <input type="checkbox"/> Reumaattinen kuume _____                                     |   |

Lapsen paino \_\_\_\_\_ kg

Onko lapsellanne säännöllistä lääkitystä  Kyllä  Ei

Mitä lääkettä? \_\_\_\_\_

Onko lapsella / lapselle

- |   |  |   |
|---|--|---|
| tehty sydänleikkauksia                                    | <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei | Minkälaisia, milloin? _____                     |
| ollut korvatulehduksia                                    | <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei | Milloin? _____                                  |
| tehty kitarisaleikkaus                                    | <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei | Milloin? _____                                  |
| tehty nielurisaleikkaus                                   | <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei | Milloin? _____                                  |
| saanut sädehoitoa   | <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei | Milloin? Mille alueelle? _____                  |
| ollut oikomishoitoa                                       | <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä, hoito on kesken |
| esiintynyt hammashoitopelkoa                              | <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei |   |
| hampaaita hoidettu aiemmin esilääkkeessä tai anestesiassa | <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei |   |
| sattunut tapaturmia leukojen ja hampaiden alueelle        | <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei | Milloin?  |
- Minkälainen? \_\_\_\_\_

Oletteko huomannut lapsellanne

- kuorsausta  narskuttelua  yöllisiä hengityskatkoksia  levotonta nukkumista

Milloin viimeksi lapsenne hampaat on hoidettu kuntoon? \_\_\_\_\_

### Henkilötietolain (523/99) mukainen informointi

Henkilötietonne tallennetaan rekisteriin, jota ylläpitää tässä antamanne suostumuksen perustella Kainuun hyvinvointialue. Henkilötiedot ovat salassa pidettäviä ja niitä luovutetaan vain lakiin perustuen tai luvallanne. Tietoja käsitellään vain hoitosuhteeseen liittyvinä. Teillä on mahdollisuus tarkistaa rekisteriin tallennetut tietonne.

Päiväys	Allekirjoitus
---------	---------------