

Nimi
Osoite
Puhelinnumero

Allergiat (lääkkeille, ruoka-aineille, kumille)
Onko paikallispuudutuksen kanssa ollut ongelmia?
Sairaudet
Säännöllisesti käytössä olevat lääkkeet
Onko sinulla veren välityksellä tarttuvia tauteja (esim. hepatiitti, HIV, sairaalabakteerit)?
Onko sinulle asennettu keinomateriaalia (esim. tekonivel, verisuoniproteesi, tahdistin)?
Oletko saanut sädehoitoa kaulan tai pään alueelle?
Oletko raskaana?

Pelkäätkö hammashoitoa?
Tupakoitko tai käytätkö nuuskaa? Kuinka usein?
Kuinka usein harjaat hampaasi? Onko sinulla sähköhammasharja?
Kuinka usein puhdistat hammasvälit? Miten?

Lisätietoja
