

TERVEYDENTILA

Tarvitsetteko tulkkia? En Tarvitsen, minkä kielen:

Nimi: Sosiaaliturvatunnus:

Sähköpostiosoite: Päiväys (jolloin kaavake täytetään):

Puhelin/matkapuhelin: Työpaikan puhelin:

Omaisien nimi Omaisen puhelin:

Potilaalle:

Haluamme tämän kaavakkeen täytettävän suunniteltua käyntiä ennen. Annettuja vastauksia käytetään juuri Teille sopivan hoidon antamiseksi.

Vastaukset ovat luonnollisesti salassa pidettäviä.

Onko teillä ollut äskettäin tai aiemmin:

	Ei	Kyllä	On ollut
Aivohalvaus (verenvuoto/tulppa aivoissa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Jos kyllä, milloin:
Diabetes ("sokeritauti")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iskeeminen kipu (rasitusrintakipu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sydäninfarkti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Jos kyllä, milloin:
Sydämen vajaatoiminta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Munuaissairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läppävikaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tehty läppä leikkausta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Jos kyllä, milloin:
Korkea verenpaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tupakointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KOL (keuhkohtauma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muu keuhkosairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uniapneoireita, joihin saatte CPAP-hoitoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pahanlaatuinen hypertermia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lihassairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porfyria ("Arjeplogin sairaus/sukusairaus")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krooninen nivelreuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verenvuototaipumus, oletteko vuotanut vahingoittuessanne paljon verta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maksasairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarttuva verisairaus kuten esim. keltatauti, HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia tai kouristussairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psyykinen sairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liikesairaus (matkapahoinvointi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onko nikamavälilevyn esiinluiskahdus leikattu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaivaavatko happamet röyhtäykset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onko Teille tehty muu selkäleikkaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuulo-ongelmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olkapäiden, selän, lantion, polvien ongelmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niskaongelmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ongelmia suun avaamisessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muita sairauksia:

Oletteko yliherkkä:

	En	Kyllä
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lääkkeille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desinfointiaineille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Paikallisuudutusaineille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Onko teillä jonkinlaista implanttia?

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ICD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tahdistin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nauloja, ruuveja, levyjä, metalliproteesi jne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Onko Teillä poistettavia, hammaskorvikkeita proteeseja, puoliproteeseja tai vastaavia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Onko Teillä jokin huono tai irtonainen hammas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lävistyksiä tai vastaavia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Missä kohdassa?		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Onko Teillä sormuksia, joita ei saa pois? (Otamme ne siinä tapauksessa pois ennen leikkausta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oletteko saaneet sairaanhoitoa tai vastavaa ulkomailla (Pohjola mukaan lukien) viimeisten kuuden kuukauden aikana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pituus:

Paino:

