

ALAEALISE PATSIENDI KÜSIMUSTIK

Patsiendi eesnimi:	Patsiendi perekonnanimi:
Patsiendi isikukood:	Suhtluskeel:
Lapsevanema/eestkostja nimi:	
Lapsevanema/eestkostja telefon:	E-post:
Visiidile pöördumise põhjus:	

Palun valige õige vastus ning vajadusel täpsustage:

- Kas patsient suunati visiidile? (Saatja arsti nimi) JAH / EI
- Kas patsient on hetkel terve? JAH / EI
- Kas patsiendil on esinenud ülitundlikkust (allergia) ravimitele, metallidele, lateksile, kloorile, toiduainetele või muudele ainetele? JAH / EI
- Kas patsient tarvitab regulaarselt ravimeid? (Ravimi nimi, kasutamise põhjus) JAH / EI
-
- Kas patsient on eelnevalt käinud ortodondi konsultatsioonil või talle on teostatud ortodontilist ravi? JAH / EI
-
- Kas patsient on saanud logopeedilist ravi? JAH / EI
-

Kas patsient põeb või on põdenud järgnevaid haigusi? Kas talle on teostatud järgnevaid protseduure?

Palun märkige õige vastus.

	JAH	EI		JAH	EI
Traumad peapiirkonnas/hammaste traumad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Luu- ja liigesehaigused	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Operatsioonid üldnarkoosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Psüühikahäired	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adenoidi ja/või kurgumandlite eemaldamise operatsioon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aktiivsus-tähelepanuhäire (ATH)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kiiritus- ja/või keemiaravi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Autism	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaimu- ehk intellektipuue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Epilepsia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liikumispuue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hingamisprobleemid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suhkrutõbi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Astma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Südame-veresoonkonnahaigused	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nakkushaigused (HIV, hepatiit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kõrgenenud vererõhk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Unehäired	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vere hüübimist mõjutavad haigused	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sagedased külmetused	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kilpnäärmehaigused	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sagedased pea- või kaelavalud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neeruhaigused	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Muud haigused:					

Kas patsiendil esineb mõni järgnevatest harjumustest? Palun märkige õige vastus.

	JAH	EI		JAH	EI
Puhkeseisundis on huuled avatud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Närib huult/küüsi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kasutab lutti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Krigistab hambaid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Imeb pöialt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Norskab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Olen nõus, et patsient võib visiitidel käia üksinda JAH / EI

Käesolevaga kinnitan andmete õigsust. Mõistan, ning vastutan selle eest, et valeinformatsiooni andmine võib olla ohtlik lapse tervisele. Minu kohustus on informeerida kliinikut/arsti kui lapse tervislikus seisundis midagi muutub.

Kuupäev:

Patsiendi vanema/eestkostja nimi ja allkiri: