Vastaanotto / leima

Esitiedot ja suostumus hammashoitoon

Asiakkaan tiedot

Etu- ja sukunimi

Syntymäaika

Puhelin

Päivämäärä

POTILAAN TERVEYSTIEDOT / SUOSTUMUS HAMMASHOITOON

Tärkeät vasta-aiheet — kerro hammaslääkärille ennen hoitoa

- Bisfosfonaatit (leukaluun osteonekroosin riski — tästä on EHDOTTOMASTI kerrottava)
- Sydämentahdistin tai tekoläpät
- Hemofilia tai muut veren hyytymishäiriöt
- Raskaus (erityisesti 1. ja 3. kolmannes — puudutus varoen)
- Allergia lidokaiinille tai artikaiinille (puudutusaineet)
- Aktiivinen huuliherpes suussa tai sen ympärillä
- Antikoagulanttilääkitys
- Sydäninfarkti tai aivohalvaus viimeisen 6 kuukauden aikana
- Autoimmuunisairaudet (nivelreuma, Sjögrenin oireyhtymä)

ESITIEDOT — tämä osio on täytettävä. Tietojen salaaminen voi vaarantaa potilaan terveyden ja hengen.

Sydänsairaudet (sydäninfarkti, kohonnut verenpaine, läppäviat, sepelvaltimotauti) tai sydäninfarkti tai aivohalvaus viimeisen 6 kuukauden aikana? ☐ Kyllä ☐ Ei

Sydämentahdistin tai tekoläpät? ☐ Kyllä ☐ Ei

Veritaudit (anemia, hemofilia, hyytymishäiriöt)? ☐ Kyllä ☐ Ei

Diabetes, kilpirauhassairaudet, astma? ☐ Kyllä ☐ Ei

Tartuntataudit (hepatiitti B tai C, HIV, tuberkuloosi)? ☐ Kyllä ☐ Ei

Oletko raskaana? ☐ Kyllä ☐ Ei

Jos KYLLÄ — monesko raskausviikko?

Allergiat lääkkeille, lateksille tai metalleille (kerro tarkemmin tai kirjoita EI OLE)

Antikoagulanttilääkitys? ☐ Kyllä ☐ Ei

☐ OSTEOPOROOSI / bisfosfonaatit — tämän tiedon salaaminen aiheuttaa leukaluun osteonekroosin riskin!

Onko sinulla ollut aiemmin allerginen reaktio puudutusaineelle? ☐ Kyllä ☐ Ei

Luettelo säännöllisesti käytettävistä lääkkeistä

SUOSTUMUS HOITOON — Annan tietoon perustuvan suostumukseni suun tutkimukseen, puudutuksen antamiseen, röntgentutkimuksiin sekä ehdotettuun hammashoitosuunnitelmaan. Hammaslääkäri on selostanut minulle kattavasti suunnitellun toimenpiteen, sen mahdolliset komplikaatiot, vaihtoehtoiset hoitotavat ja arvioidut kustannukset. Kaikki antamani terveystiedot ovat totuudenmukaisia.

☐ *Annan suostumukseni minulle suositeltuihin röntgenkuviin. Minulle on kerrottu, että diagnostiikassa käytetään ionisoivaa säteilyä, johon liittyy vähäinen terveysriski.*

☐ *Annan tietoon perustuvan suostumukseni hammashoitoon ja puudutuksen antamiseen*

☐ *Vahvistan lukeneeni yllä olevat tiedot terveystietojeni käsittelystä diagnoosin tekemistä ja hoitoa varten*

Yhteystietojen antaminen on tarpeen hoitosuunnitelman sujuvan toteuttamisen vuoksi. Vastaanotto pidättää oikeuden ottaa yhteyttä hoitoon liittyvissä ja hallinnollisissa asioissa (yleisen tietosuoja-asetuksen 6 artiklan 1 kohdan b alakohta ja 9 artiklan 2 kohdan h alakohta). Huomaa, että Suomen laki edellyttää hammashoidon potilasasiakirjojen säilyttämistä huomattavan pitkään — vähintään 12 vuotta potilaan kuolemasta tai enintään 120 vuotta syntymästä, jos kuolinaikaa ei tiedetä (lain 703/2023 23 §, voimassa 1.1.2024 alkaen).

☐ *Suostun siihen, että minuun otetaan yhteyttä markkinointitarkoituksessa (uutiskirje, ennaltaehkäisevän hoidon kampanjat, tarjoukset) — tämä suostumus on vapaaehtoinen ja voin peruuttaa sen milloin tahansa*

TIETOSUOJAVAKUUTUS — Vahvistan lukeneeni ilmoituksen, jonka mukaan tietojeni rekisterinpitäjä on _____, osoite: _____, Y-tunnus: _____. Terveystietojani käsitellään diagnoosin tekemistä ja hoitoa varten (yleisen tietosuoja-asetuksen 9 artiklan 2 kohdan h alakohta). Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä annetun lain (703/2023, voimassa 1.1.2024 alkaen ja korvannut aiemmat sosiaali- ja terveysministeriön asetukset 94/2022 sekä sitä ennen 298/2009) 23 §:n (Asiakasasiakirjojen säilyttäminen) mukaan hammashoidon potilasasiakirjoja on säilytettävä vähintään 12 vuotta potilaan kuolemasta tai, jos kuolinaikaa ei tiedetä, 120 vuotta potilaan syntymästä. Sääntö on koskenut Suomessa pysyvästi arkistoimatta jääviä potilasasiakirjoja 1.5.1999 annetusta valtakunnallisesta arkistointilinjauksesta lähtien, se jatkuu nykyisessä laissa ja on olennaisesti pidempi kuin monissa muissa maissa. Minulla on oikeus saada pääsy tietoihini, oikaista tai poistaa ne sekä tehdä valitus tietosuojavaltuutetun toimistolle (tietosuoja.fi). Oikeus tietojen poistamiseen ei ulotu potilasasiakirjoihin, joiden säilyttämiseen vastaanotto on lain nojalla velvollinen.

Päivämäärä

Potilaan allekirjoitus (esitiedot, suostumus hoitoon ja tietosuoja)

Jälkihoito-ohjeet hampaan poiston tai suukirurgisen toimenpiteen jälkeen

> JÄLKIHOITO-OHJEET POISTON TAI TOIMENPITEEN JÄLKEEN — Lue ja vahvista jokainen kohta. Niiden laiminlyönti voi johtaa komplikaatioihin, jotka vaativat uuden käynnin.

1. HARSOTAITOS: Pure tiukasti 30–40 minuutin ajan sylkemättä sitä pois. Vähäinen tihkuminen muutaman tunnin ajan on normaalia. Jos verenvuoto jatkuu yli tunnin — käytä uutta taitosta ja ota yhteyttä vastaanottoon.

☐ Ymmärrän harsotaitoksen puremista koskevat ohjeet ja tiedän, milloin ottaa yhteyttä vastaanottoon

2. SYÖMINEN: Älä syö tai juo 2 tuntiin (kunnes puudutus lakkaa vaikuttamasta). 24 tunnin ajan: kylmää ja pehmeää ruokaa (jogurtti, keitto). Vältä kuumia juomia.

☐ Sitoudun olemaan syömättä 2 tuntiin ja pitäytymään kylmässä ja pehmeässä ruokavaliossa 24 tuntia toimenpiteen jälkeen

3. VÄLTÄ EHDOTTOMASTI 24–48 tunnin ajan: tupakointia, pillillä juomista, raskasta liikuntaa ja suun huuhtelua. Mikä tahansa näistä voi aiheuttaa kuivan kuopan — erittäin kivuliaan tilan, joka vaatii uuden toimenpiteen.

☐ Ymmärrän ja sitoudun välttämään ehdottomasti tupakointia, pillillä juomista ja raskasta liikuntaa vähintään 24 tunnin ajan

4. PUHDISTUS: Harjaa hampaat tavalliseen tapaan välttäen hoidettua aluetta. Seuraavasta päivästä alkaen: huuhtele suu varovasti suolavedellä aterian jälkeen. Vältä alkoholipitoista suuvettä.

☐ Ymmärrän hampaiden harjaamista ja suun huuhtelua koskevat ohjeet kirurgisen toimenpiteen jälkeen

5. LÄÄKITYS: Ota kipulääkkeet ja antibiootit hammaslääkärin määräyksen mukaisesti. Vältä asetyylisalisyylihappoa (lisää verenvuotoa). Jos kipu pahenee kolmannen päivän jälkeen — ota välittömästi yhteyttä vastaanottoon.

☐ Otan lääkkeet määräyksen mukaisesti ja otan yhteyttä vastaanottoon, jos kipu pahenee kolmannen päivän jälkeen

Päivämäärä

Potilaan allekirjoitus (jälkihoito-ohjeet vastaanotettu)