

Hälsodeklaration mun och tänder

	Nej	Ja
Har du besvär med:		
Tuggmuskler, leder, gnissling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tunga, kinder, gom, svalg ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Munsår?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dålig andedräkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muntorrhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blödande tandkött?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ilande tänder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mycket hål i tänderna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är du nöjd med utseendet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hälsodeklaration allmän hälsa

	Nej	Ja
Har du besvär med:		
Bröstsmärtor vid ansträngning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft någon hjärtinfarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du hjärtklaffsproblematik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får du lätt hjärtklappning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du svårt att ligga plant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du högt blodtryck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du lätt för att blöda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft stroke de senaste sex månaderna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du epilepsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du astma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du någon ledsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Någon allergisk reaktion av läkemedel el. tandvårdsmaterial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du någon sköldkörtelproblematik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du någon leversjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du någon njursjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft eller har du cancer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ökar andhämtningen när du blir nervös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du någonsin svimmat vid tand- eller sjukvård?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behöver du antibiotika inför vissa tandbehandlingar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är du gravid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tar följande läkemedel-naturläkemedel		

.....

.....

.....

Datum: _____

Signatur: _____