

HÄLSODEKLARATION

Fyll i och ta med till din tandläkare/tandhygienist

| | | | |
|------------|--|--------------------|--|
| Efternamn: | | Förnamn: | |
| Personnr: | | | |
| Adress: | | Postnr: | |
| | | Ort: | |
| Tel.hem: | | Tel.arbete: | |
| Mobil: | | | |
| E-post: | | Arbete/Yrke/Skola: | |

Allmänt hälsotillstånd (x)

(fyll i 1:a hand i om JA gäller)

| | JA | NEJ | | |
|--|----|-----|-------------------------------|--------|
| Känner du dig fullt frisk? | | | Allergi/Överkänslighet | |
| Är du under läkarbehandling | | | Har du reagerat på? | JA NEJ |
| Röker du | | | Penicillin | |
| Snusar du | | | Lokalbedövning | |
| | | | Latex | |
| Har du, eller har du tidigare haft? | | | Metaller | |
| Hjärt-/kärlsjukdom | | | Annat: (beskriv i text) | |
| Högt blodtryck | | | | |
| Diabetes | | | | |
| Epilepsi | | | Mun och Tänder | |
| Hjärnblödning/Stroke | | | | |
| Immunitetssjukdom | | | Har du? | JA NEJ |
| Blodsmitta (ex.gulsot) | | | Blödande tandkött | |
| Reumatisk sjukdom | | | Muntorrhet | |
| Ökad blödningsstendens | | | Munsår | |
| Astma/Andningsbesvär | | | Ömma tuggmuskler | |
| Njursjukdom | | | Dålig andedräkt | |
| Cancer | | | Svårt att tugga | |
| Parkinson | | | | |
| Multipel Skleros (MS) | | | Ont i tänderna/munnen | |
| Cerebral Pares | | | | |
| Systemisk lupus erythematosus | | | Annat: | |
| Sklerodermi | | | | |
| Amylotrofisk lateral skleros (ALS) | | | | |
| Psykiska hälsoproblem | | | Senaste tandläkarbesök, år: | |
| Annat: | | | | |

Har du blivit

| | | | | |
|----------------------------|--|--|-----------------------------|--------|
| Strålbehandlad | | | Varför besöker du oss idag? | JA NEJ |
| Behandlad med bifosfonater | | | Rutinkontroll: | |
| | | | Annat: | |

Har du

| | | | | |
|-----------------------------|--|--|---------------|--------|
| Konstgjord led/ledprotes | | | | JA NEJ |
| Hjärtklaffsprotes | | | Är du gravid: | |
| Pacemaker | | | | |
| När fick du inopererat den? | | | | |

Vilka mediciner tar du? (namn och dos/dag)

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

Övriga kommentarer: (skriv text)

| |
|--|
| |
| |