

HÄLSODEKLARATION

Datum: _____

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 blödningstendens			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)
