

Välkommen till Tandkliniken på Österlen!

Vissa sjukdomar och mediciner påverkar Dina tänder och Din munhälsa, liksom Dina munsjukdomar påverkar Din allmänna hälsa.

Därför vill vi att Du svarar på följande frågor.

HÄLSODEKLARATION

Jag har, eller har haft, besvär med:

Ja Nej

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| jag har konstgjorda hjärtklaffar, höftleder eller andra implantat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| jag har pacemaker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| jag röker/snusar, antal _____ per dag. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hjärtat, blodtryck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| njuror, lever | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mag- tarmsjukdomar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| öron, bihålor, spottkörtlar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| epilepsi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| gulsot (Hepatit) eller annan blodsmitta (t ex HIV, AIDS) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| allergi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| astma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| överkänslighet mot läkemedel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| långvarig blödning vid sårskada eller tandutdragning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| jag har fått strålbehandling, cellgiftsbehandling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| reumatiska besvär | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| jag är gravid, i vecka: _____ Beräknad förlossning: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| annan allvarlig sjukdom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| jag är fullt frisk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

v.g vänd

Ja Nej

Behandlas Du för närvarande av någon läkare?

Står under läkarbehandling för:

.....

Min läkare är, Klinik, telefon:

.....

Medicinerar med:

.....

Ja Nej

Tål Du penicillin/antibiotika?

Tål Du bedövning hos tandläkare?

Är Du blodgivare?

Senaste besök hos tandläkare/hygienist / 20 Var?

Jag har besvär med:

Ja Nej

tandvårdsrädsla

huvudvärk

tuggmuskler, käkleder

muntorrhet

trasig fyllning

tandvärk

Jag använder dagligen/regelbundet:

Ja Nej

tandborste

tandstickor

tandtråd

mellanrumsborste

tandkräm med fluor

fluor på annat sätt

.....
DATUM

.....
NAMN

.....
PERSONNUMMER

.....
ADRESS

.....
TELEFON

.....
ARBETE/SYSSELSÄTTNING

.....
MOBILTEL

Tack för hjälpen!