

HÄLSODEKLARATION

Så vi kan ge dig en trygg och säker behandling

TANDLÄKARNA
**NARUP
LUDWIG**

Namn		Datum
Personnummer		Mobilnummer
Adress	E-post	

ALLMÄN HÄLSA

- ☐ Hjärtbesvär/hjärtfel
- ☐ Förhöjt blodtryck
- ☐ Blodsmitta (gulsot/hepatit, HIV, MRSA eller tuberkulos)
- ☐ Diabetes
- ☐ Ledsjukdom
- ☐ Epilepsi
- ☐ Magsår/magkatarr
- ☐ Parkinsons
- ☐ Benskörhet
- ☐ Strålbehandlad eller haft cancer
- ☐ Hjärtklaffsoperation
- ☐ Pacemaker
- ☐ Inopererade proteser
- ☐ Organtransplantation
- ☐ Psykiska problem
- ☐ Gravid
- ☐ Nedsatt syn
- ☐ Nedsatt hörsel
- ☐ Nedsatt talförmåga
- ☐ Nedsatt rörlighet
- ☐ Röker
- ☐ Snusar
- ☐ Missbrukar alkohol
- ☐ Använder droger

MUN/TÄNDER

- ☐ Ilande tänder
- ☐ "Nya hål" allt för ofta
- ☐ Muntorrhet
- ☐ Dålig andedräkt
- ☐ Dålig smak i munnen
- ☐ Mat fastnar mellan tänderna
- ☐ Blödande tandkött
- ☐ Lösa tänder
- ☐ Nedsatt tuggförmåga
- ☐ Tandgnissling
- ☐ Huvudvärk
- ☐ Munsår
- ☐ Fula tänder
- ☐ Fula fyllningar
- ☐ Bettskena

Har du gjort någon hälsoundersökning?

☐ JA ☐ NEJ

När?

Övrigt

Jag önskar:

Har du någon annan sjukdom?

Allergier eller överkänslighet:

Tål du lokalbedövning

☐ JA ☐ NEJ

Tål du pencillin

☐ JA ☐ NEJ

Mediciner

Underskrift

Upplever du obehag inför tandvårdsbesök? (0 ej rädd. 5 mycket rädd)

När var du senast hos tandläkaren?

Vilken klinik?
