

Uppgifterna är konfidentiella. De hjälper vid planering av er vård.

Namn _____ Personbeteckning _____
Hemadress _____ Yrke, arbetsplats _____
Postnummer och -anstalt _____ Telefon: Hem _____ Arbete _____
E-post _____ Mobiltelefon _____

Ja Nej

Ja Nej

Är ert allmäntillstånd gott?

Är ni för tillfället eller har ni tidigare varit under regelbunden läkarvård?

Varför? _____

Använder ni regelbundet / ofta mediciner? Vilka? _____

Har ni läkemedelsallergi/någon annan allergi?

(t.ex. penisillin, sulfa, aspirin, jod, latex)

Vilka? _____

Har bedövning orsakat problem?

Är ni gravid?

Har er hals/huvud strålbehandlats?

Har ni / har ni haft någon av följande sjukdomar:

Hjärt- eller kärlsjukdom

Högt blodtryck

Reumatisk sjukdom/reumatisk feber

Blodsjukdom, anemi

Benägenhet för blödning

Diabetes

Sjukdom i andningsorganen, astma

Sköldkörtelsjukdom

Ledgångsreumatism

Njursjukdom

Leversjukdom, hepatit, HIV

Osteoporos

Neurologisk sjukdom, epilepsi

Nedsatt syn eller hörsel

Cancer

Psykisk sjukdom

Tarmsjukdom

Muskel- och skelettsjukdomar

Någon annan sjukdom, vilken?

Har ni ledprotes, pacemaker eller artificiell hjärtklaff?

Har ni haft infektion eller ngn sjukdom i munnen, svalget, huvudet eller ansiktet?

Har ni någon av följande symtom?

Värk i ansiktet, i käkleden eller svårt att öppna munnen

Knastrande / knakande käkled

Ömhet vid tuggandet i ngn tand

Blödande tandkött

Muntorrhet

Ömhet / svidande i munnen eller tungan

Tandvärk

Illande vid kallt/hett/sött

Återkommande huvudvärk

Hur ofta borstar ni

tänderna 2 ggr/d 1 ggr/d mera sällan

anv. tandtråd 1 ggr/d 1-2 ggr/v mera sällan

Ja Nej

Röker ni eller använder ni snus?

Dricker ni läsk, sport- / energidryck?

Äter ni ofta mellanmål?

Har ni obehag för tandvård?

Önskar ni bedövning?

När var ni senast hos tandläkaren?

Orsaken till detta besök?

Är era tänder i estetiskt skick enligt er?

Övrig information ni vill dela med er:

INFORMATION ENLIGT DATASKYDDSLAGEN (5.12.2018/1050) _____

Med er tillåtelse lagras era personuppgifter i ett register som upprätthålls av Hammashoitoasema Dentti. Personuppgifterna är sekretesslagda och de överlåtes endast med ert tillstånd. Ni har möjligt att ta del av de uppgifterna som registreras gällande er tandvård.

Datum _____ / _____ 20_____

Patientens underteckning