

FÖRHANDSUPPGIFTER FÖR TANDVÅRDE VUXNA OCH PERSONER SOM Fyllt 15 ÅR.

Bästa kund! Fyll i denna blankett när ni kommer till smärtjouren eller om det har gått över 6 månader sedan ert senaste besök hos hälsövärdscentralens tandvård.

| | |
|-----------------|-------------------|
| Namn: | Personbeteckning: |
| Adress: | Hemkommun: |
| Telefon dagtid: | Mobiltelefon: |
| Yrke: | Arbetsplats: |

HAR NI DIAGNOSTICERATS MED NÅGON AV FÖLJANDE SJUKDOMAR ELLER SYMTOM ELLER HAR NI GENOMGÅTT NÅGOT AV NEDAN NÄMNDNA INGREPP? (kryssa för)

- blödningsbenägenhet
- blodtryckssjukdom, resultat av senaste mätning: ____/ ____
- hjärtfel, vilket: _____
- konstgjord hjärtklaff, från år: _____
- pacemaker, från år: _____
- blodkärlsprotos, från år: _____
- ledprotos, från år: _____
- strålbehandling i huvud- eller nackregionen, år: _____
- diabetes
- reumatisk sjukdom
- leversjukdom, vilken: _____
- njursjukdom
- hiv/aids
- lungsjukdom, astma
- psykisk sjukdom, sjukdom i nervsystemet
- epilepsi
- någon annan sjukdom, vilken? _____

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> jag har inte diagnosticerats med några allmänna sjukdomar eller symtom som nämns här och jag har inte genomgått något av ingreppen som nämns här |
|---|

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> jag röker |
| <input type="checkbox"/> jag använder snus |

| |
|--|
| GRAVIDITET |
| <input type="checkbox"/> jag är gravid |
| beräknad tid: _____ |

ÖVERKÄNSLIGHET MOT LÄKEMEDEL ELLER ANNAT

- överkänslighet mot läkemedel, vilket: _____
- annan överkänslighet, mot vad: _____

BEDÖVNING

- Har ni tidigare fått bedövning JA _____ NEJ _____
- Uppstod det problem vid bedövningen JA _____ NEJ _____, om JA, vilka? _____

LÄKEMEDEL SOM ANVÄNDS REGELBUNDET

- osteoporosmedicin _____ från _____
- Marevan eller något annat blodförtunnande läkemedel, vilket: _____ senaste INR _____
- omega-3-fettsyrapreparat
- smärtstillande läkemedel: _____
- blodtrycksmediciner: _____
- mediciner mot rytmstörningar eller andra hjärtmediciner: _____
- kolesterolmedicin: _____
- antidepressiva mediciner: _____
- antireumatiska mediciner: _____
- astma- eller allergimedier: _____
- kortisonmedicin: _____
- cytostatika/cellgiftsmedicin: _____
- något annat läkemedel som används regelbundet: _____

SAMTYCKE TILL ÖVERLÅTELSE AV TANDVÅRDSUPPGIFTER VID BEHOV

- Jag ger mitt tillstånd till att mina uppgifter lämnas ut när den vårdande hälsövärdscentralen byts ut

UNDERSKRIFT _____ / _____ 20____
Datum

underskrift