

Hälsodeklaration inför nödvändig tandvård



För att kunna genomföra behandlingen måste följande allmänna uppgifter samt anamnes fyllas i inför behandlingen. Sätt kryss i aktuella rutor och kommentera vid behov under medicinska diagnoser eller övriga kommentarer. Uppgifterna överförs till datoriserad journal och signeras av ansvarig Leg. tandläkare/tandhygienist. Papperskopian sparas hos er.

Allmänna uppgifter

| | | |
|------------------------|-------------------------|---------------------|
| Namn | Tandvårdsstödsintyg nr. | Personnummer |
| Boendeenhet/Servicehus | Adress | Telefon eget boende |
| Avdelning | Telefon Sjuksk. Exp. | Ansvarig läkare |

Allmän information

Hjärt-/kärlsjukdomar
 Högt blodtryck
 Diabetes
 Epilepsi
 Immunitetssjudom
 Blodsmitta
 Reumatisk sjukdom
 Öron/Näsa/Hals
 Psykiska hälsoproblem
 Strålbehandlad
 Kost/Diet
 Komplikation efter tandvårdsbehandling
 Röker/Snuser
 Astma
 Blödarsjuka
 Ätstörningar
 HIV/AIDS
 Lungsjukdom
 Hjärnblödning
 Parkinsons
 Cancer
 Annat
 Premedicinering
 Inop. hjärtklaff
 Bisfosfonat*
 Resistent bakterier
 Blodförtunnande läkemedel
 Aggressivt beteende
 Utan Anmärkning

Annat

Nedsatt syn
 Nedsatt hörsel
 Nedsatttalförmåga
 Nedsatt rörlighet

Allergier

Penicillin
 Lokalbedövning
 Pollen
 Matvaror
 Nickel
 Latex
 Annat
 Antibiotika

Mun / tänder

Blödandetandkött
 Dåligandedräkt
 Munsår
 Muntorrhet
 Bruxism (gnissla/pressa tänder)
 Ömma tuggmuskler
 Fingersugare
 Munandare
 Annat
 Munslemhinneförändringar

Hälsotillstånd

Gott
 Medel
 Dåligt

| | | |
|--|----|-----|
| Använder läkemedel | JA | NEJ |
| Om JA, bifoga kopia på aktuell läkemedelslista alternativt Pascal. | | |

Medicinska diagnoser:

Övriga kommentarer:

Vid *Bisfosfonater, ange; Preparat, Administrationsätt, Tidsperiod:

Datum och signatur Leg. Sjuksköterska

Namnförtydligande

Kontaktuppgifter närmast anhörig/ god man

| | | |
|--------------------|---------------|--------------|
| För- och efternamn | Telefonnummer | E-postadress |
|--------------------|---------------|--------------|