

FÖRHANDSUPPGIFTER FÖR TAND- OCH MUNVÅRD

Många tillstånd, sjukdomar och mediciner påverkar tandvården. Därför är det viktigt att du fyller i punkterna nedan noggrant. Informationen är konfidentiell.

Namn _____ Personbeteckning _____

Meddela ändringar i kontaktuppgifterna till kundtjänsten eller den personal som vårdar dig

Har din arbetsgivare/ditt företag ett avtal om tandvård? Nej Ja

Hör du till en sjukkassa? Nej Ja

Kallelse till mun- och tandvård kan skickas till mig via Textmeddelande
 Brev
 Telefonsamtal

ALLMÄNT HÅLSOTILLSTÅND

Hur upplever du ditt hälsotillstånd för närvarande? _____

Har du något eller några av följande tillstånd eller sjukdomar?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergi (mediciner, födoämnen, gummi osv.) _____ | <input type="checkbox"/> Organtransplantation och år? _____ |
| <input type="checkbox"/> Komplikationer vid lokalbedövning? _____ | <input type="checkbox"/> Ledprotes/blodkärlsprotes och år? _____ |
| <input type="checkbox"/> Hjärtsjukdom eller blodkärlssjukdom _____ | <input type="checkbox"/> Osteoporos |
| <input type="checkbox"/> Hjärtinfarkt år _____ | <input type="checkbox"/> Reumatisk sjukdom? _____ |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Njursjukdom? _____ |
| <input type="checkbox"/> Klaffel | <input type="checkbox"/> Leversjukdom? _____ |
| <input type="checkbox"/> Klaffprotes | <input type="checkbox"/> Sköldkörtelsjukdom? _____ |
| <input type="checkbox"/> Hjärtsvikt | <input type="checkbox"/> Cancersjukdom och år? _____ |
| <input type="checkbox"/> Hjärninfarkt | <input type="checkbox"/> Cytostatika/strålbehandling år _____ |
| <input type="checkbox"/> Högt blodtryck | <input type="checkbox"/> Neurologisk sjukdom oc år? _____ |
| <input type="checkbox"/> Blodsjukdom, anemi _____ | <input type="checkbox"/> Återkommande huvudvärk, migrän _____ |
| <input type="checkbox"/> Blödningsbenägenhet? _____ | <input type="checkbox"/> Psykisk sjukdom? |
| <input type="checkbox"/> Diabetes? _____ | <input type="checkbox"/> Nedsatt syn, hörsel? _____ |
| <input type="checkbox"/> Långtidsblodsockret, HbA1c _____ | <input type="checkbox"/> Sjukdom som smittar via blod |
| <input type="checkbox"/> Sjukdom i andningsorganen? _____ | <input type="checkbox"/> MRSA, VRE eller motsvarande sjukhusbakterie |
| <input type="checkbox"/> Tarmsjukdom? _____ | <input type="checkbox"/> HIV, hepatitis B/C? _____ |
| <input type="checkbox"/> Sjukdom i rörelseapparaten? _____ | <input type="checkbox"/> Andra tilläggsuppgifter? |

Är du gravid? Nej Ja beräknat förlossningsdatum? _____

Ammar du? Nej Ja

MEDICINER SOM DU ANVÄNDER REGELBUNDET OCH EV. INJEKTIONSBEHANDLINGAR

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

RÖKNING OCH ANVÄNDNING AV RUSMEDEL

Om du röker, hur många cigaretter röker du i medeltal per dygn? _____ st./dygn
Om du använder snus, hur många portioner per dygn? _____ portioner/dygn
Om du använder alkohol, hur många portioner alkohol använder du i medeltal per vecka? _____ portioner/vecka

VÄND-->



MUN- OCH TANDHÄLSA

Varför söker du vård nu? _____

När har hela din mun undersökts/granskats senast? _____

När har din mun och dina tänder senast behandlats i skick? _____

Hur ofta borstar du tänderna?

minst två gånger per dag

en gång per dag

mer sällan

Använder du

eltandborste

vanlig tandborste

Hur ofta rengör du mellan tänderna?

minst en gång per dag

några gånger per vecka

1–2 gånger per vecka

mer sällan

Vilket av följande alternativ beskriver bäst dina matvanor?

Jag äter hälsosamt och 4–6 måltider per dag.

Jag äter hälsosamt och 2–3 måltider per dag.

Jag äter hälsosamt och 2–3 måltider per dag, men mellan dem småäter jag ofta också annat.

Jag äter oregelbundet och småäter under dagen.

Jag släcker törsten mellan måltiderna med _____

Jag använder dagligen

juice, saft och läskedryck

sport- eller energidrycker

kaffe eller te med socker

Jag har en specialdiet. Vilken? _____

Datum och underskrift

