

Hälsodeklaration

Inför behandling behöver vi anamnes samt övriga uppgifter gällande patientens hälsa. Var god kryssa i aktuella rutor och skriv eventuella kommentarer i fältet längst ner.

Namn:	Personnummer:
Adress/boende:	Kontaktperson:
Tandläkare:	Tandhygienist:
Anhörig/god man:	Tel:

Munhälsa	<input type="checkbox"/>	Hälsotillstånd	<input type="checkbox"/>
Blödande tandkött	<input type="checkbox"/>	Gott	<input type="checkbox"/>
Dålig andedräkt	<input type="checkbox"/>	Medel	<input type="checkbox"/>
Munsår	<input type="checkbox"/>	Dåligt	<input type="checkbox"/>
Muntorrhet	<input type="checkbox"/>		
Munandare	<input type="checkbox"/>	Nedsatt syn	<input type="checkbox"/>
Tandvårdsrädsla	<input type="checkbox"/>	Nedsatt hörsel	<input type="checkbox"/>
		Nedsatt talförmåga	<input type="checkbox"/>
		Nedsatt rörlighet	<input type="checkbox"/>
Demens		Övriga diagnoser	
Lätt	<input type="checkbox"/>	_____	
Måttlig	<input type="checkbox"/>	_____	
Svår	<input type="checkbox"/>	_____	

Allergier		_____	
Penicillin	<input type="checkbox"/>	_____	
Lokalbedövning	<input type="checkbox"/>	_____	
Övrigt	<input type="checkbox"/>	_____	

Anamnes	
Blodförtunnande	
Waran	<input type="checkbox"/>
Trombyl	<input type="checkbox"/>
Övrigt _____	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>
Blodsmitta	<input type="checkbox"/>
Blödarsjuka	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>
Diabetes	
Typ 1	<input type="checkbox"/>
Typ 2	<input type="checkbox"/>
Epilepsi	<input type="checkbox"/>
HIV / Aids	<input type="checkbox"/>
Hjärt och kärlsjukdomar	<input type="checkbox"/>
Hjärtklaff	<input type="checkbox"/>
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>
Immunitetssjukdom	<input type="checkbox"/>
Kompl. efter behandling	<input type="checkbox"/>
Lungsjukdom	<input type="checkbox"/>
Parkinsons	<input type="checkbox"/>
Psykiska hälsoproblem	<input type="checkbox"/>
Resistent bakterier	<input type="checkbox"/>
Reumatisk sjukdom	<input type="checkbox"/>
Röker / Snusar	<input type="checkbox"/>
Sondmatning (kost / diet)	<input type="checkbox"/>
Stroke	<input type="checkbox"/>
Strålbehandling	<input type="checkbox"/>
Ätstörning	<input type="checkbox"/>
Öron / Näsa / Hals	<input type="checkbox"/>

Övriga kommentarer

Datum Sign

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------