

# Hälsodeklaration

Namn..... Personnummer.....

Adress..... Postadress.....

Tel bostad..... arbete..... mobil.....

E-post..... Yrke/sysselsättning.....

Jag har följande besvär med mina tänder:.....

.....

Mina önskemål med tandbehandlingen: .....

.....

Jag blev senast färdigbehandlad år..... av tandläkare .....

Jag har tidigare fått tandhygienistbehandling Ja Nej År.....

Jag använder dagligen/regelbundet: tandborste eltandborste tandtråd tandsticka mellanrumsborste  
fluortandkräm fluorlösning/tabletter/tuggummi (ringa in rätt alt.)

Jag föredrar behandling med bedövning Ja Nej

Jag känner obehag inför tandbehandling Ja Nej

Är du bärare av: gulsot? Ja Nej

HIV? Ja Nej

Är du överkänslig/allergisk? Ja Nej Mot vad?.....

Har du ökad blödningstendens? Ja Nej

Tål du antibiotika? Ja Nej Vilken/vilka?.....

Tål du lokalbedövning? Ja Nej

Står du under läkarkontroll? Ja Nej För vad?.....

Har du/har du haft: hjärt/kärlsjukdom? Ja Nej Typ?.....

reumatisk sjukdom? Ja Nej

diabetes? Ja Nej

benskörhet? Ja Nej

annan sjukdom? Ja Nej Ange vilken.....

Är du muntorr? Ja Nej

Är du strålbehandlad? Ja Nej År.....

Är du gravid? Ja Nej

Röker du? Ja Nej Antal/dag.....

Snusar du? Ja Nej

Jag använder följande läkemedel/hälsokostpreparat regelbundet:.....

.....

.....

Datum..... Underskrift.....