

**Helbredsskema - undersøgelse og
behandling i specialtandplejen**

Navn: _____ Cpr: _____ - _____

Dato: _____ Tlf.nr: _____

Egen læge: _____ Tlf.nr: _____

Kontaktperson/værge: _____ Tlf.nr: _____

	JA	NEJ
Får du i øjeblikket medicin? Skriv navne eller vedlæg kopi af medicinliste:		
MRSA?		
Har du eller har du haft?		
Hjertesygdomme/hjertefejl		
Lungesygdomme		
Leverbetændelse		
HIV/AIDS		
Sukkersyge		
Epilepsi		
Forhøjet blodtryk		
Astma eller høfeber		
Blødersygdom		
Har du fået strålebehandling på hoved eller hals		
Alkohol, forbrug:		
Alm. tobak, forbrug:		
Stoffer		
For kvinder – er du gravid		
Andre sygdomme		
Evt diagnose(r) eller pacemaker:		
Har du allergi/overfølsomhed over for:		
Penicillin eller andet antibiotikum		
Andet:		
Har du haft:		
Ubehag i forbindelse med lokalbedøvelse		
Tendens til at bløde i lang tid efter en tandudtrækning		
Er du inden for de seneste 6 måneder blevet behandlet med?		
Blodfortyndende medicin (marcoumar, marevan)		
Kortison (hydrocortison, prednison)		
Har du andre oplysninger, som du mener, kan have betydning for behandling:		
Må vi indhente oplysninger fra læge, sygehus og tidligere tandlæge		

Vægt: _____ kg Højde: _____ cm

Dato og underskrift: _____