

# HÄLSODEKLARATION

Så vi kan ge dig en trygg och säker behandling

**tandhygienisterna**  
HÄLSAN FINNS I LEEDET

Namn		Datum	
Personnummer		Mobilnummer	
Adress		E-post	

JA/NEJ ALLMÄN HÄLSA

- Hjärtbesvär/hjärtfel
- Förhöjt blodtryck
- Blodsmitta (gulsot/hepatit, HIV, MRSA eller tuberkulos)
- Diabetes
- Ledsjukdom
- Epilepsi
- Magsår/magkatarr
- Parkinsons
- Benskörhet
- Strålbehandlad eller haft cancer
- Hjärtklaffsoperation
- Pacemaker
- Inopererade proteser
- Organtransplantation
- Psykiska problem
- Gravid
- Nedsatt syn
- Nedsatt hörsel
- Nedsatt talförmåga
- Nedsatt rörlighet
- Röker
- Snusar
- Missbrukar alkohol
- Använder droger

JA/NEJ MUN/TÄNDER

- Ilande tänder
- "Nya hål" allt för ofta
- Muntorrhet
- Dålig andedräkt
- Dålig smak i munnen
- Mat fastnar mellan tänderna
- Blödande tandkött
- Lösa tänder
- Nedsatt tuggförmåga
- Tandgnissling
- Huvudvärk
- Munsår
- Fula tänder
- Fula fyllningar
- Bettskena

Övrigt

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

Jag önskar:

-----  
-----  
-----  
-----

Har du någon annan sjukdom?

-----  
-----  
-----

Allergier eller överkänslighet:

-----  
-----  
-----  
-----

Tål du lokalbedövning

- JA NEJ

Tål du pencillin

- JA NEJ

Mediciner

-----  
-----  
-----

Underskrift

Upplever du obehag inför tandvårdsbesök? (0 ej rädd. 5 mycket rädd)

0 1 2 3 4 5

När var du senast hos tandläkaren?

Vilken klinik?

-----