

HELSESKJEMA FOR HENVISNING TIL TANNBEHANDLING

Pasientens navn: ..... Fødselsnr..... (11siffer)

Adresse: ..... Tlf.nr:

Nærmeste pårørende:..... Tlf.nr:

Fastlege:..... Tlf.nr:

Siste tannbehandling:

<p>Generell informasjon:</p> <input type="checkbox"/> Hjerte/karsykdom <input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Immunitetssykdom <input type="checkbox"/> Hepatitt ( Hvis kryss, hvilken type) A, B, C <input type="checkbox"/> Giktfeber <input type="checkbox"/> Problemer m/bihuler <input type="checkbox"/> Psykiske lidelser <input type="checkbox"/> Strålebehandlet i hode/hals <input type="checkbox"/> Kosthold/Diett <input type="checkbox"/> Komplikasjoner etter tannbehandling <input type="checkbox"/> Medisinsk behandling siste 2 år	<p>Generell informasjon:</p> <input type="checkbox"/> Røyker <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Blødersykdom <input type="checkbox"/> Spiseforstyrrelser <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Lungesykdom <input type="checkbox"/> Hjerneslag <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Kreft <input type="checkbox"/> Reumatisk sykdom <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> Bruker snus <input type="checkbox"/> Gravid	<p>Allergi/oversensibilitet:</p> <input type="checkbox"/> Penicillin <input type="checkbox"/> Lokalbedøvelse <input type="checkbox"/> Pollen <input type="checkbox"/> Matvarer <input type="checkbox"/> Nikkel <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Annet:
--	--	---

Nåværende medikament bruk:

Andre opplysninger:

\_\_\_\_\_

Dato:Klikk her for å skrive inn en dato.

Pasientens signatur