

Helse- og medisinskjema

Side 1 av 2

Personalialia

| | |
|------|--------------------------|
| Navn | Fødsels- og personnummer |
| | |

Behandlingshistorie

| | | | |
|----------|-----------------------|--------------------|----------------------|
| Fastlege | Behandling siste 2 år | Tidligere tannlege | Siste tannbehandling |
| | | | |

Hva er årsaken til besøket?

Tidligere komplikasjoner etter tannbehandling?

Ja, hvilke? _____

Nei

Pasientens oppfattelse av egen helse

God

Middels

Dårlig

Diverse

Nedsatt syn

Nedsatt hørsel

Nedsatt taleevne

Nedsatt førlighet

Tobakksbruk

Røyk

Snus

Mengde: _____

Allergi/oversensibilitet

| | | | |
|------------------|--|----------|--|
| Penicillin | | Matvarer | |
| Lokalbedøvelse | | Nikkel | |
| Andre legemidler | | Pollen | |
| Latex | | Annet | |

Se neste side →

Side 2 av 2

Sykdomstilstander og medisinbruk

| Sykdomskategori | Diagnose | Medisiner |
|---------------------------------|----------|-----------|
| Hjerte/karsykdommer | | |
| Høyt blodtrykk | | |
| Hjerneslag | | |
| Blødersykdom | | |
| Lungesykdom | | |
| Astma | | |
| Problemer med bihulene | | |
| Immunitetssykdommer | | |
| Reumatisk sykdom | | |
| Benskjørhet | | |
| Bisfosfonater, evt. når? | | |
| Hepatitt | | |
| HIV/AIDS | | |
| Giktfeber | | |
| Diabetes | | |
| Kosthold/diett | | |
| Stoffskiftesykdom | | |
| Psykiske lidelser | | |
| Spiseforstyrrelser | | |
| Epilepsi | | |
| Demens | | |
| Parkinsons | | |
| Kreft | | |
| Strålebehandling i hode og hals | | |
| Annet: | | |

Dato: _____

Signatur: _____