

# Hälsodeklaration inför nödvändig tandvård



För att kunna genomföra behandlingen måste följande allmänna uppgifter samt anamnes fyllas i inför behandlingen. Sätt kryss i aktuella rutor och kommentera vid behov under medicinska diagnoser eller övriga kommentarer. Uppgifterna överförs till datoriserad journal och signeras av ansvarig Leg. tandläkare/tandhygienist. Papperskopian sparas hos er.

## Allmänna uppgifter

Namn	Tandvårdsstödsintyg nr.	Personnummer
Sjukhem/Servicehus	Adress	
Avdelning	Telefon Sjuksk. Exp.	Telefon eget boende

### Allmän information

Hjärt-/kärlsjukdomar
Högt blodtryck
Diabetes
Epilepsi
Immunitetssjudom
Blodsmitta
Reumatisk sjukdom
Öron/Näsa/Hals
Psykiska hälsoproblem
Strålbehandlad
Kost/Diet
Komplikation efter tandvårdsbehandling
Röker/Snusar
Astma
Blödarsjuka
Ätstörningar
HIV/AIDS
Lungsjukdom
Hjärnblödning
Parkinsons
Cancer
Annat
Premedicinering
Inop. hjärtklaff
Bisfosfonat*
Resistenta bakterier
Blodförtunnande läkemedel
Utan Anmärkning

### Annat

Nedsatt syn
Nedsatt hörsel
Nedsatt talförmåga
Nedsatt rörlighet

### Allergier

Penicillin
Lokalbedövning
Pollen
Matvaror
Nickel
Latex
Annat
Antibiotika

### Mun / tänder

Blödande tandkött
Dålig andedräkt
Munsår
Muntorrhet
Bruxism (gnissla/pressa tänder)
Ömma tuggmuskler
Fingersugare
Munandare
Annat
Munslemhinneförändringar

### Hälsotillstånd

Gott
Medel
Dåligt

Använder läkemedel	JA	NEJ
Om JA, bifoga kopia på aktuell läkemedelslista alternativt Pascal.		

Medicinska diagnoser:
-----------------------

Övriga kommentarer:
---------------------

Vid *Bisfosfonater, ange; Preparat, Administrationsätt, Tidsperiod:
---

.....  
Datum och signatur Leg. Sjuksköterska

.....  
Namnförtydligande

Uppdateringssignatur. Endast en signatur per tillfälle

namn, sign, datum	namn, sign, datum	namn, sign, datum
-------------------	-------------------	-------------------

Namnförtydligande: Namnförtydligande: Namnförtydligande: