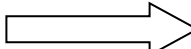




PERSONUPPGIFTER	Efternamn	Förnamn
	Personbeteckning	Hemkommun
	Telefon hem/arbete	Yrke/läroanstalt
	Adress	
	Postnummer	Postort
ALLMÄN HÄLSA	Orsak till att vård söks _____ _____	
	Använder du regelbundet några läkemedel? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Vilket/vilka läkemedel? _____ _____	
	Har du eller har du haft någon av följande sjukdomar?	
	<input type="checkbox"/> Allergi (läkemedel, födoämnen, gummi), vad? _____ <input type="checkbox"/> Hjärt- eller kärlsjukdom (bröstsmärta, infarkt, pacemaker, klaffel, klaffprotes) <input type="checkbox"/> Hjärninfarkt <input type="checkbox"/> Högt blodtryck <input type="checkbox"/> Blodsjukdom, anemi, blödningsbenägenhet <input type="checkbox"/> Diabetes, värdet på sockerhemoglobin HbA1c: _____ <input type="checkbox"/> Astma eller annan sjukdom i andningsorganen <input type="checkbox"/> Reumatisk sjukdom <input type="checkbox"/> Osteoporos <input type="checkbox"/> Neurologiska utvecklingsstörningar <input type="checkbox"/> Psykisk sjukdom <input type="checkbox"/> Blodburen sjukdom (HIV, hepatit B, hepatit C, någon annan sjukdom) <input type="checkbox"/> MRSA, VRE, ESBL eller motsvarande sjukhusbakterie <input type="checkbox"/> Annan sjukdom, vilken? _____	
Ska beaktas inom mun- och tandvården		
Har du fått strålbehandling på huvud- eller halsområdet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Har du för närvarande cytostatikabehandling? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Har du en ledprotes/blodkärlprotes? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Har du genomgått organtransplantation? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Använder du/har du använt läkemedel mot osteoporos? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Använder du biologiska läkemedel? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Använder du hälsokostprodukter/naturprodukter? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Är du gravid? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, beräknad tid _____		
Har du någonsin blivit bedövad? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Har lokalbedövningen varit till skada? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Vilken slags skada _____		

Vänd 

<p>FAKTORER SOM PÅVERKAR MUN- OCH TANDHÄLSAN</p>	<p>Jag borstar tänderna <input type="checkbox"/> 2 gånger om dagen <input type="checkbox"/> en gång om dagen <input type="checkbox"/> mera sällan</p> <p>Jag använder fluortandkräm <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Jag borstar tänderna med en _____ borste.</p> <p>Jag rengör tandmellanrummen <input type="checkbox"/> en gång om dagen <input type="checkbox"/> några gånger i veckan <input type="checkbox"/> mera sällan</p> <p>Jag rengör tandmellanrummen med _____.</p> <p>Övriga munvårdsprodukter/rengöring av proteser _____</p> <p>_____</p> <p>Jag äter _____ måltider dagligen.</p> <p>Jag äter snacks/mellanmål eller småäter dagligen _____ gånger.</p> <p>När jag är törstig, dricker jag _____.</p> <p>Jag dricker dagligen</p> <p><input type="checkbox"/> läskedrycker eller safter <input type="checkbox"/> sportdrycker eller energidrycker</p> <p><input type="checkbox"/> andra söta eller sura drycker <input type="checkbox"/> Jag dricker inte något av dessa</p> <p>Jag har specialdiet <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja _____</p> <p>_____</p> <p>Jag använder regelbundet xylitolprodukter (tuggummi eller pastill) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Jag röker eller använder snus <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja _____ gånger om dagen.</p> <p>Jag använder e-cigarett <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja _____ gånger om dagen.</p> <p>Jag använder alkohol <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja _____ doser per vecka.</p> <p>Jag använder narkotiska medel <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja _____.</p>
<p>MINA EGNA IAKTAGELSER OM MUNNENS OCH TÄNDERNAS HÄLSOTILLSTÅND</p>	

<p>OBS!</p>	<p>12–17 år gamla personer: <input type="checkbox"/> Mina uppgifter får lämnas ut till vårdnadshavaren. <input type="checkbox"/> Mina uppgifter får inte lämnas ut till vårdnadshavaren. Hos den som fyllt 18 år tas för oåterkallelig frånvaro ut en avgift i enlighet med förordning om klientavgifter inom social- och hälsovården.</p>
<p>DATUM, UNDERSKRIFT</p>	<p>_____ / _____ 20 _____</p> <p>_____</p>