


Helbredsskema

Navn:	Cpr. nr.:	Adresse:		
Tlf. nr.:	Mobilnr.:	Kommune:		
Navn på: ___ forældre. ___ værge. ___ kontaktperson:		Tlf.nr.:		
Egen læge (navn, adresse, tlf.nr.):				
Højde:	Vægt:	BMI (udfyldes af den regionale specialtandpleje):		
		JA	NE J	VED IKKE
Hjertesygdomme (diagnose)				
Forhøjet blodtryk				
Langvarig blødning ved sår el. efter tandudtrækning				
Sukkersyge				
Leverbetændelse (type)				
HIV / AIDS				
Epilepsi				
Strålebehandling på hoved- og/el. halsregion				
Har du tidligere fået narkose				
Penicillinallergi el. anden allergi (Hvis ja - beskriv hvad den henviste er allergisk overfor):				
Luftvejslidelse, ex. asthma, bronchitis el. KOL (diagnose skal påføres:)				
Diagnoser (Skal påføres i tilfælde af psykiske lidelser, syndromer o.a.):				
Medicin: ___ Medicinliste vedlagt. ___ Får ikke medicin.				
				
Funktionsniveau:				
___ Kørestolsbruger. ___ Nedsat syn. ___ Nedsat hørelse. ___ Intet verbalt sprog. ___ Talebesvær.				
___ Anvender tegn til tale. ___ Vanskeligheder ved at forstå informationer.				
Af hensyn til tandbehandlingen kan det være nødvendigt at indhente/videregive oplysninger fra/til andre hospitaler/behandlingssteder.				
Er du indforstået hermed? ___ ja ___ nej.				
Dato: _____		Underskrift: _____		
_ (Kan underskrives af kontaktperson såfremt mundtligt samtykke er givet af patienten el. forældre/ værge).				