

Patientens namn: _____ Patientnummer: _____
 Födelsedatum: _____

I. RINGA IN LÄMPLIGT SVAR (ringa inte in något svar om du inte förstår frågan):

- | | | | | | | |
|----|----|-----|--|--|--|--|
| 1. | Ja | Nej | Är din allmänna hälsa god? | | | |
| 2. | Ja | Nej | Har din hälsa förändrats under det senaste året? | | | |
| 3. | Ja | Nej | Har du varit inlagd på sjukhus eller haft någon svår sjukdom under de senaste tre åren?
Om JA, beskriv? _____ | | | |
| 4. | Ja | Nej | Erhåller du läkarbehandling nu? Varför? _____
Datum för senaste läkarundersökning _____ Datum för senaste tandläkarkontroll _____ | | | |
| 5. | Ja | Nej | Har du haft problem med tidigare tandläkarbehandling? | | | |
| 6. | Ja | Nej | Har du värk nu? | | | |

II. HA MAI SOFFERTO DI:

- | | | | | | | | |
|-----|----|-----|--|-----|----|-----|------------------------------------|
| 7. | Ja | Nej | Bröstmärtor (angina)? | 18. | Ja | Nej | Yrsel? |
| 8. | Ja | Nej | Svullna fotleder? | 19. | Ja | Nej | Ringningar i öronen? |
| 9. | Ja | Nej | Andnöd? | 20. | Ja | Nej | Huvudvärk? |
| 10. | Ja | Nej | Nyligen inträffad viktnedgång, nattliga svettningar? | 21. | Ja | Nej | Svimmingsanfall? |
| 11. | Ja | Nej | Ihållande hosta, med blod? | 22. | Ja | Nej | Dimsyn? |
| 12. | Ja | Nej | Problem med blödningar, lätt att få blåmärken? | 23. | Ja | Nej | Krampanfall? |
| 13. | Ja | Nej | Sinusproblem? | 24. | Ja | Nej | Överdriven törst? |
| 14. | Ja | Nej | Svårigheter att svälja? | 25. | Ja | Nej | Ofta förekommande urinträngningar? |
| 15. | Ja | Nej | Diarré, förstoppning, blod i avföringen? | 26. | Ja | Nej | Muntorrhet? |
| 16. | Ja | Nej | Ofta förekommande kräkningar, illamående? | 27. | Ja | Nej | Gulstot? |
| 17. | Ja | Nej | Svårt att kasta vatten, blod i urinen? | 28. | Ja | Nej | Ledsmärtor, stelhet? |

III. HAR DU ELLER HAR DU HAFT:

- | | | | | | | | |
|-----|----|-----|--|-----|----|-----|---|
| 29. | Ja | Nej | Hjärtsjukdom? | 40. | Ja | Nej | AIDS? |
| 30. | Ja | Nej | Hjärtattack, hjärtdefekt? | 41. | Ja | Nej | Tumörer, cancer? |
| 31. | Ja | Nej | Blåsljud på hjärtat? | 42. | Ja | Nej | Artrit, reumatism? |
| 32. | Ja | Nej | Reumatisk feber? | 43. | Ja | Nej | Ögonsjukdomar? |
| 33. | Ja | Nej | Slaganfall, kärlförhårdnader? | 44. | Ja | Nej | Hudsjukdomar? |
| 34. | Ja | Nej | Högt blodtryck? | 45. | Ja | Nej | Anemi? |
| 35. | Ja | Nej | Astma, TB, emfysem, annan lungsjukdom? | 46. | Ja | Nej | Könssjukdom (syfilis eller gonorré)? |
| 36. | Ja | Nej | Hepatit, annan leversjukdom? | 47. | Ja | Nej | Herpes? |
| 37. | Ja | Nej | Magproblem, magsår? | 48. | Ja | Nej | Njursjukdom eller sjukdom i urinblåsan? |
| 38. | Ja | Nej | Allergier mot: läkemedel, födoämnen, mediciner, latex? | 49. | Ja | Nej | Sköldkörtel-, binjursjukdom? |
| 39. | Ja | Nej | Familjehistoria av diabetes, hjärtproblem, tumörer? | 50. | Ja | Nej | Diabetes? |

IV. FÅR DU ELLER HAR DU FÅTT:

- | | | | | | | | |
|-----|----|-----|------------------------|-----|----|-----|--|
| 51. | Ja | Nej | Psykiatrisk vård? | 56. | Ja | Nej | Sjukhusbehandling när du har varit inlagd? |
| 52. | Ja | Nej | Strålningsbehandling? | | | | Blodtransfusion? |
| 53. | Ja | Nej | Kemoterapi? | 57. | Ja | Nej | Operationsingrepp? |
| 54. | Ja | Nej | Prostetisk hjärtklaff? | 58. | Ja | Nej | Pacemaker? |
| 55. | Ja | Nej | Artificiell led? | 59. | Ja | Nej | Kontaktlinser? |
| | | | | 60. | Ja | Nej | |

V. TAR DU:

- | | | | | | | | |
|-----|----|-----|--|-----|----|-----|----------------------|
| 61. | Ja | Nej | Använder du droger i rekreationssyfte? | 63. | Ja | Nej | Nagon form av tobak? |
| 62. | Ja | Nej | Läkemedel, mediciner, receptfria mediciner (även magnecyl o.dyl.), naturläkemedel? | 64. | Ja | Nej | Alkohol? |

Var god ange: _____

VI. ENDAST FÖR KVINNOR:

- | | | | | | | | |
|-----|----|-----|--|-----|----|-----|------------------|
| 65. | Ja | Nej | Är du, eller kan du vara, gravid eller ammar du? | 66. | Ja | Nej | Tar du p-piller? |
|-----|----|-----|--|-----|----|-----|------------------|

VII. ALLA PATIENTER:

- | | | | |
|-----|----|-----|---|
| 67. | Ja | Nej | Har du eller har du haft några andra sjukdomar eller medicinska problem som INTE finns med på denna blankett? |
|-----|----|-----|---|

Ange i så fall vilka: _____

Jag har enligt min vetskap, svarat fullständigt och korrekt på alla frågor. Jag kommer att informera min tandläkare om eventuella förändringar i min hälsa och/eller medicinering.

Patientens namnteckning: _____ Datum: _____

GENOMGÅNG:

- | | | |
|----|-------------------------------|--------------|
| 1. | Patientens namnteckning _____ | Datum: _____ |
| 2. | Patientens namnteckning _____ | Datum: _____ |
| 3. | Patientens namnteckning _____ | Datum: _____ |