

Pasientens navn: \_\_\_\_\_ Pasientens personnummer: \_\_\_\_\_

Fødselsdato: \_\_\_\_\_

**I. SETT EN RING RUNDT DET RETTE SVARET** (la vær å svare hvis du ikke forstår spørsmålet):

- |    |    |     |  |  |  |  |
|----|----|-----|--|--|--|--|
| 1. | Ja | Nei | Er din helse stort sett bra?   |  |  |  |
| 2. | Ja | Nei | Har det vært noen endringer i din helse i løpet av det siste året?   |  |  |  |
| 3. | Ja | Nei | Har du vært innlagt på sykehus eller hatt en alvorlig sykdom i løpet av de siste tre årene?<br>Hvis svaret er JA, hva var årsaken? _____ |  |  |  |
| 4. | Ja | Nei | Er du under behandling av en lege for tiden? For hva? _____<br>Dato for siste medisinske undersøkelse? _____                             |  |  | Dato for siste tannlegeundersøkelse? _____ |
| 5. | Ja | Nei | Har du hatt noen problemer med tidligere tannlegebehandling?   |  |  |  |
| 6. | Ja | Nei | Lider du av noen smerte nå?  |  |  |  |

**II. HAR DU OPPLEVD NOE AV DET FØLGENDE:**

- |     |    |     |  |     |    |     |                             |
|-----|----|-----|--|-----|----|-----|-----------------------------|
| 7.  | Ja | Nei | Smerter i brystet (angina)?                        | 18. | Ja | Nei | Svimmelhet?                 |
| 8.  | Ja | Nei | Oppsvulmete ankler?                                | 19. | Ja | Nei | Ringing i ørene?            |
| 9.  | Ja | Nei | Andpustenhet?                                      | 20. | Ja | Nei | Hodepine?                   |
| 10. | Ja | Nei | Nylig vekttap, feber, nattesvette?                 | 21. | Ja | Nei | Lett for å besvime?         |
| 11. | Ja | Nei | Vedvarende hoste, hoster opp blod?                 | 22. | Ja | Nei | Uklart syn?                 |
| 12. | Ja | Nei | Problemer med blødninger, lett for å få blåmerker? | 23. | Ja | Nei | Anfall?                     |
| 13. | Ja | Nei | Sinusitt problemer?                                | 24. | Ja | Nei | Tørst hele tiden?           |
| 14. | Ja | Nei | Vanskeligheter med å svelge?                       | 25. | Ja | Nei | Hyppig vannlating?          |
| 15. | Ja | Nei | Diaré, forstoppelse, blod i avføringen?            | 26. | Ja | Nei | Tørr i munnen?              |
| 16. | Ja | Nei | Hyppig oppkast, kvalme?                            | 27. | Ja | Nei | Gulsott?                    |
| 17. | Ja | Nei | Vanskeligheter med å late vann, blod i urinen?     | 28. | Ja | Nei | Smerter i leddene, stivhet? |

**III. HAR DU LIDD AV ELLER LIDER DU AV:**

- |     |    |     |  |     |    |     |                                     |
|-----|----|-----|--|-----|----|-----|-------------------------------------|
| 29. | Ja | Nei | Hjertesykdom?  | 40. | Ja | Nei | AIDS                                |
| 30. | Ja | Nei | Hjerteattakk, hjertefeil?                                      | 41. | Ja | Nei | Tumorer, cancer?                    |
| 31. | Ja | Nei | Hjertemummel?  | 42. | Ja | Nei | Artritt, reumatisme?                |
| 32. | Ja | Nei | Reumatisk feber?   | 43. | Ja | Nei | Øyesykdommer?                       |
| 33. | Ja | Nei | Slag, åreforkalkning?  | 44. | Ja | Nei | Hudsykdommer?                       |
| 34. | Ja | Nei | For høyt blodtrykk?  | 45. | Ja | Nei | Anemi?                              |
| 35. | Ja | Nei | Asma, TBC, emfysem, eller annen lungesykdom?                   | 46. | Ja | Nei | VD (syfilis eller gonorré)?         |
| 36. | Ja | Nei | Hepatitt, annen leversykdom?                                   | 47. | Ja | Nei | Herpes?                             |
| 37. | Ja | Nei | Mageproblemer, mavesår?  | 48. | Ja | Nei | Nyre- eller blæresykdommer?         |
| 38. | Ja | Nei | Allergi mot medisiner, matprodukter, medikamenter, lateks?     | 49. | Ja | Nei | Skjoldbrusk- eller binyresykdommer? |
| 39. | Ja | Nei | Familieamnese tilknyttet sukkersyke, hjerteproblemer, tumorer? | 50. | Ja | Nei | Sukkersyke?                         |

**IV. HAR DU MOTTATT ELLER ER DU I FERD MED Å MOTTA:**

- |     |    |     |                         |     |    |     |                                 |
|-----|----|-----|-------------------------|-----|----|-----|---------------------------------|
| 51. | Ja | Nei | Psykiatrisk behandling? | 56. | Ja | Nei | Har du vært innlagt på sykehus? |
| 52. | Ja | Nei | Radiumbehandling?       | 57. | Ja | Nei | Blodoverføringer?               |
| 53. | Ja | Nei | Kjemoterapi?            | 58. | Ja | Nei | Operasjoner?                    |
| 54. | Ja | Nei | Prostetisk hjerteklaff? | 59. | Ja | Nei | Pacemaker?                      |
| 55. | Ja | Nei | Kunstige ledd?          | 60. | Ja | Nei | Kontaktlinser?                  |

**V. TAR DU FOR TIDEN:**

- |     |    |     |  |     |    |     |                               |
|-----|----|-----|--|-----|----|-----|-------------------------------|
| 61. | Ja | Nei | Narkotika?   | 63. | Ja | Nei | Tobakk i noen som helst form? |
| 62. | Ja | Nei | Medisiner, medikamenter, medisiner som kan kjøpes uten<br>(inkludert aspirin), naturlige hjelpemidler? | 64. | Ja | Nei | Alkohol?                      |

Vennligst skriv en liste: \_\_\_\_\_

**VI. BARE FOR KVINNER**

- |     |    |     |  |     |    |     |                                   |
|-----|----|-----|--|-----|----|-----|-----------------------------------|
| 65. | Ja | Nei | Er du eller kan du eventuelt være gravid eller ammer du? | 66. | Ja | Nei | Tar du fødselsregulerende piller? |
|-----|----|-----|--|-----|----|-----|-----------------------------------|

**VII. ALLE PASIENTER**

- |     |    |     |   |
|-----|----|-----|---|
| 67. | Ja | Nei | Har du eller har du hatt eventuelle andre sykdommer eller medisinske problemer som IKKE er oppført på dette skjemaet? |
|-----|----|-----|---|

Hvis dette er tilfelle, vennligst gi en forklaring: \_\_\_\_\_

Så vidt jeg vet har jeg svart på hvert spørsmål helt fullstendig og nøyaktig. Jeg skal opplyse min tannlege om eventuelle endringer i min helse og medikamenter.

Pasientens signatur: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

**OPPFØLGNINGSKONTROLL:**

- |    |                            |             |
|----|----------------------------|-------------|
| 1. | Pasientens signatur: _____ | Dato: _____ |
| 2. | Pasientens signatur: _____ | Dato: _____ |
| 3. | Pasientens signatur: _____ | Dato: _____ |