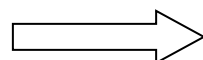




PERSONUPPGIFTER	Efternamn	Förnamn	
	Personbeteckning	Hemkommun	
	Telefon hem/arbete	Yrke/läroanstalt	
	Adress		
	Postnummer	Postort	
ALLMÄN HÄLSA	Orsak till att vård söks _____ _____ Använder du regelbundet några läkemedel? ☐ Nej ☐ Ja Vilket/vilka läkemedel? _____ _____ _____		
	Har du eller har du haft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

Vänd



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

OBS!	12–17 år gamla personer: ☐ Mina uppgifter får lämnas ut till vårdnadshavaren. ☐ 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.
DATUM, UNDERSKRIFT	_____ / _____ 20 _____ _____