

# HÄLSODEKLARATION INFÖR NÖDVÄNDIG TANDVÅRD

För att kunna genomföra behandlingen ska följande uppgifter och sjukhistorik fyllas i. Sätt kryss i aktuella rutor och kommentera vid behov. Uppgifterna överförs till digital journal och signeras av tandläkare eller tandhygienist. Spara gärna en papperskopia.



Folk tandvården Sörmland

## Allmänna uppgifter

Namn	Tandvårdsintyg nr	Personnummer
Sjukhem/Servicehus	Adress	
Avdelning	Telefon sjuksköterskeexpedition	Telefon eget boende

## Allmänna uppgifter

- Waran
- NOAK
- Resistent bakterier
- Hjärtklaff
- Hjärt-/kärlsjukdomar
- Högt blodtryck
- Diabetets typ I
- Diabetets typ II
- Epilepsi
- Immunitetssjukdom
- Blodsmitta
- Reumatisk sjukdom
- Öron/Näsa/Hals
- Psykiska hälsoproblem
- Strålbehandlad
- Sondmatning /Kost/Diet)
- Komplikation efter tandvårdsbehandling
- Röker/Snuser
- Astma
- Blödarsjuka
- Ätstörning
- HIV/AIDS
- Lungsjukdom
- Stroke
- Parkinsons
- Cancer
- Struma

## Allergier

- Penicillin
- Lokalbedövning
- Annat .....

## Mun/tänder

- Blödande tandkött
- Dålig andedräkt
- Munsår
- Muntorrhet
- Munandare
- Tandvårdsrädsla
- Annat .....

## Hälsotillstånd

- Gott
- Medel
- Dåligt

## Demens

Ja       Nej

## Övrigt

- Nedsatt syn
- Nedsatt hörsel
- Nedsatt talförmåga
- Nedsatt rörlighet

Använder läkemedel       Ja       Nej

Om ja, bifoga kopia på aktuell läkemedelslista.

## Medicinska diagnoser:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Övriga kommentarer:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum och signatur leg. sjuksköterska

## Aktuella mediciner

.....

.....

.....