

HÄLSODEKLARATION INFÖR NÖDVÄNDIG TANDVÅRD

Namn:	
Personnummer:	
Tandvårdsintygnummer:	
Särskilt boende:	
Adress:	
Avdelning:	
Tel ssk expedition:	Tel eget boende:

Under behandling hos läkare Ja Nej

Behandlande läkare/klinik

HÄLSOVANOR

ANGE PAT VANOR ENLIGT NEDANSTÅENDE FRÅGOR

	Ja	Nej
Röker pat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om pat röker, ange rökkonsumtion (cigaretter/dag)	<input type="text"/>	
Snusar pat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om pat snusar, ange snuskonsumtion dosor/vecka	<input type="text"/>	
Borstar pat tänderna själv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om nej hur många ggr per dag får pat hjälp	<input type="text"/>	
Gör pat rent mellan tänderna själv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om nej hur många ggr per dag får pat hjälp	<input type="text"/>	

MUN/TÄNDER

	Ja	Nej	Kommentar
Blödande tandkött	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Dålig andedräkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Munsår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Muntorrhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Munandare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

ÄR PAT/HAR PAT BEHANDLATS ENLIGT NEDAN?

	Ja	Nej
Tandvårdsrädd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagerat onormalt vid bedövning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inopererade höftleder eller andra implantat / transplanterat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlas/behandlats med cellgifter (Cytostatika)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genomgått strålbehandling mot huvud eller hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genomgått njurtransplantation / dialys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nej
Immunsuppression på grund av behandling med läkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organtransplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlas med blodförtunnande preparat / antikoagulantia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlats med hjärtklaffs / blodkärlsprotos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HÄLSODEKLARATION INFÖR NÖDVÄNDIG TANDVÅRD

SJKDOMAR OCH MEDICINER

HAR PAT NÅGOT/NÅGON AV NEDANSTÅENDE, OM JA BIFOGA LÄKEMEDELSLISTA DÄR DET ÄR RELEVANT

	Ja	Nej	Kommentar
Allergi			
Mot vad			
Hjärt- och kärlsjukdom			
Förhöjt blodtryck			
Hjärtbesvär / hjärtfel / kärlsjukdom			
Hjärtklaffs / blodkärlsprotes			
Slaganfall / Stroke			
Smittsam sjukdom			
Hepatit			
TBC			
HIV			
Resistenta bakterier			
Reumatisk sjukdom			
Reumatoid artrit			
Systemisk lupus erythematosus			
Andra generella inflammatoriska ledsjukdomar t.ex Sjögrens syndrom			
Artros			
Malign sjukdom			
Genomgår strålbehandling			
Njursjukdom			
Pågående dialysbehandling			
Psykiatrisk sjukdom			
Depression			
Psykisk sjukdom			
Endokrin sjukdom			
Diabetes			
Sköldkörtelsjukdom (Struma, Basedow, Myxödem)			
Benskörhet			
Behandlas med Bisfosfonat			

	Ja	Nej	Kommentar
Mag / tarmsjukdom			
Magsår / magkatarr			
Ulcerös kolit			
Crohns sjukdom			
Gallbesvär / Gallsten			
Leversjukdom			
Blodsjukdom			
Anemier			
Blödarsjukdom			
Neurologisk sjukdom			
Parkinsons sjukdom			
Multipel skleros, MS			
ALS			
Cerebral pares			
Epilepsi			
Demens			
Alzheimer			
Vaskulär			
Frontallobs			
Levy Body			
Annan			
Neuropsykiatrisk diagnos			
Lungsjukdom			
Astma			
KOL med ordinerad syrgas eller näringsdryck			
Öron-, näsa-, halssjukdom			
Övrigt			
Huvudvärk			
Tandgnissling			
Snarkning			
Nedsatt syn			
Nedsatt hörsel			
Nedsatt talförmåga			
Nedsatt rörlighet			

Kommentarer (t ex specifika symptom vid demens sjukdom):

Datum o signatur leg sjuksköterska: