



Navn	Cpr.nr.
Adresse	Tlf.nr.
Helbredsskema udfyldt af - Navn og dato	Tlf.nr

Værge	Ja	Nej
Er barn under 15 år og forældre er værge?		
Er du værge for dig selv? (Hvis du er 15 år og derover)		
Er du varigt inhabil? (Manglende evne til at tage stilling til behandling, lav modenhed, lille IQ)		
Har du en nærmest pårørende, personlig værge eller fremtidsfuldmægtig som kan give samtykke?		
Hvem er din pårørende, personlig værge eller fremtidsfuldmægtig (navn/cpr.nr./cvr.nr./tlf.nr.):		

Alment	Svar		
Højde			BMI
Vægt			
Hvis du har brug for beroligende medicin, kan du så få det fra egen læge ved tandlægebesøg?	Ja		Nej
Er du gravid?	Ja		Nej
Syn	Normal	Svækket	Blind
Hørelse	Normal	Svækket	Døv
Sprog	Normal	Besværligt/ tegn til tale	Ingen
Kørestolsbruger	Ja	Nej	Skal liftes



Har du eller har du haft følgende almene sygdomme?	Ja	Nej
Hjerte- karsygdom (Forhøjet blodtryk, blodprop i hjertet, hjertekramper, hjertesvigt, hjerteklapsygdom, hjerterytmeforstyrrelse, kardiomyopati)		
Endocarditis		
Gigtfeber		
Lever sygdom- eller betændelse (fx nedsat leverfunktion)		
Nyresygdom		
Lunge- vejrtræknings sygdom (fx KOL, astma, vejrtrækningsproblemer)		
Diabetes (Type I – Type II og er det velreguleret)		
Epilepsi (evt. type)		
Cancer (Hvilken og har der været strålebehandling?)		
Stofskiftesygdom (Hvilken og for højt eller lavt?)		
HIV		
Gigt		
Parkinsons		
Demens		
Har tidligere haft hjerneblødning/blodprop i hjernen (Apoplexi)		
Myasthenia gravis (Svaghed og øget træthed i muskulaturen)		
Porfyri (Arvelig stofskiftesygdom der giver et forhøjet indhold af porfyrin i blodet)		
Maligt hypertermi (ondartet temperaturstigning. Arvelig tilstand, der kan udløses af fuld narkose)		
Søvnapnø syndrom (Ophold i indåndingen på mindst 10 sek. over 5x i timen)		
Cerebral Parese (Muskelspasmer)		
Osteoporose (Knogleskørhed)		
Andet. Hvad?		



Medicin/naturmedicin, læge- og hospitalsbehandling	Ja	Nej
Går du for tiden til behandling eller kontrol hos læge eller på hospital?		
Hvis ja, for hvad?		
Tager du medicin? (Vedlæg evt. medicinliste)		
Hvis ja, hvilken medicin tager du?		
Skal du have forebyggende antibiotika ved tandbehandling hvor der kan forekomme blødning.		

Har du tidligere haft allergi/overfølsomhed over for:	Ja	Nej
Penicillin?		
Lokalbedøvelse?		
Benzodiazepiner eller anden medicin?		
Latex, plaster, kloramin?		
Høfeber/nældefeber?		
Har du tidligere haft problemer med blødning efter tandudtrækning?		
Andet?		



Kost og nydelsesmidler	Ja	Nej
Spiser du almindeligt blandet kost?		
Spiser du en ensidig kost?		
Får du sondemad?		
Spiser/drikker du meget slik og sukkerholdige drikke?		
Ryger du? Hvis ja, hvor mange cigaretter pr. dag? Antal:		
Drikker du alkohol? Hvis ja, hvor mange genstande pr. dag? Antal:		
Tager du euforiserende stoffer? Hvis ja, hvilke og hvor ofte? Antal:		

Udfyld venligst skemaet og medbring eller send det til e-mail:
rstand@regionsjaelland.dk