**Helbredsskema til brug for tandbehandling.**

**(Bedes udfyldt og medbragt ved næste tid.)**

Patient navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cpr. nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Højde: \_\_\_\_ Vægt: \_\_\_\_

Kørestolsbruger: Ja: \_\_ Nej: \_\_

Navn, telefon nummer og adresse på egen læge:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Psykisk diagnose(r), (hvis patienten ikke er udredt, da inden for hvilket spektrum):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Går patienten for tiden til kontrol hos læge eller sygehus?

Hvis ja, for hvad?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patienten har eller har haft følgende sygdomme/tilstande?(sæt kryds ved aktuelle):

Hjertesygdomme:  Lungesygdomme: 

Gigtfeber:  Nyresygdomme: 

Leversygdom:  Smitsom leverbetændelse: 

HIV:  Cancer: 

Sukkersyge:  Forhøjet blodtryk: 

Allergi:  Astma: 

Epilepsi:  Gigt: 

Stofskifte højt/lavt:  Demens: 

Myasthenia gravis  Svær respirationsinsufficiens: 

Søvnapnø syndrom:  Stærk nedsat leverfunktion: 

Porfyri:  Malignt hypertermi: 

Hjerneskade: medfødt/erhvervet 

Andre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indopererede proteser: (f.eks. hofte, knæ, hjerteklapper, pace-maker eller lign.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patienten har eller har inden for de sidste 6 måneder fået flg. medicin (sæt kryds ved aktuelle):

Sindslidelse/nervemedicin:  Blodfortyndende: 

Binyrebarkhormon:  Knogleskørhed/biphosphonat: 

Gigt:  Andet end det nævnte: 

Andre former for medicin, piller, miksturer, indsprøjtninger: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Medbring venligst opdateret medicinkort.)

Har patienten haft overfølsomhedsreaktioner eller allergiske reaktioner (hududslæt, kløe, vejrtrækningsproblemer og andre problemer) overfor (sæt kryds ved aktuelle):

Penicillin eller sulfa:  Anden medicin: 

Lokal bedøvelse:  Narkose: 

Tandudtrækning (langvarig blødning):  Allergi (latex, plaster, kloramin mm): 

Er patienten ryger? Hvis ja angiv type og mængde pr. dag: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Drikker patienten alkohol? Hvis ja angiv type og mængde pr. dag/uge: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indtager patienten euforiserende stoffer? Hvis ja angiv type og mængde pr. dag/uge:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kostvaner (sæt kryds ved aktuelle):

Alm. Blandet kost:  Sukkerholdig kost: 

Meget slik:  Meget sodavand: 

Tandbørstevaner (sæt ring om aktuelle):

Hvem børster: personale / patienten selv Hvor ofte: aldrig / 1 gang dgl. / 2 gange dgl.

Er det: nemt / vanskeligt? Tandpasta: Duraphat / fluorholdig / ikke fluorholdig

Er du egen værge: Ja:\_\_ Nej :\_\_

Dato for udfyldelse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Udfyldt af: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Fremtidige ændringer bedes meddelt Specialtandplejen i forbindelse med regelmæssig undersøgelse.