

Udfyld venligst og medbring eller send til rstand@regionsjaelland.dk

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

Væрге	Ja	Nej
Er barn under 15 år og forældre er væрге?		
Er du væрге for dig selv? (Hvis du er 15 år og derover)		
Er du varigt inhabil? (Manglende evne til at tage stilling til behandling, lav modenhed)		
Nærmest pårørende, personlig væрге eller fremtidsfuldmægtig som kan give samtykke?		
I så tilfælde - hvem er din pårørende, personlig væрге eller fremtidsfuldmægtig ? Navn: Telefonnr.:		

Alment	Svar		
Højde			BMI
Vægt			
Har din læge tidligere givet beroligende medicin til 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



Kost og nydelsesmidler	Ja	Nej
Spiser du almindeligt blandet kost?		
Spiser du en ensidig kost?		
Får du sondemad?		
Spiser/drikker du dagligt slik og sukkerholdige drikke?		
Ryger du eller tager snus? Hvis ja, hvor mange 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:		

Tandpleje				Ja	Nej
Jeg føler mig mundtør					
Jeg børster selv tænder og evt. protese/r					
Jeg får hjælp til at børster tænder/protaser?					
Hvor ofte børster du tænder?	Aldrig	1x dagligt	2x dagligt		
Hvilken tandpasta bruger du?	Tandpasta på recept	Almindeligt fluorholdig	Uden fluor		

Har du følgende udfordringer?	Ja	Nej
Neuropsykiatriske diagnoser - fx ADHD, ocd, autisme, angst, skizofreni mm.		
Hjerneskade - medfødt eller erhvervet?		
Udviklingshæmning - modenhed ca. svarende til? Evt. IQ.		
Syndromer eller genetiske sygdomme - Hvilke?		
Andet - Hvilke?		

Tager du medicin:	Ja	Nej
Hvis ja, for hvad?		



Har du eller har du haft følgende almene sygdomme?	Ja	Nej
Hjerte- karsygdom :(Forhøjet blodtryk, blodprop i hjertet, hjertekramper, hjertesvigt, mm.		
Endocarditis, Hjertehinde/klap betændelse		
Gigtfeber		
Hepatitis, leversygdom- eller betændelse (fx nedsat leverfunktion)		
Nyresygdom		
Lunge- vejrtrækningssygdom (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)		
Malignt hypertermi. (Temperaturstigning der kan udløses af fuld narkose)		
Søvnapnø syndrom (Ophold i indåndingen på mindst 10 sek. over 5x i timen)		
Cerebral Parese (Muskelspasmer)		
Osteoporose (Knogleskørhed)		
Forebyggende antibiotika før tandlægebesøg		

Indopererede proteser	Ja	Nej
Hjerteklapper		
Pacemaker		
Knæ eller hofter eller andet		

Har du tidligere haft allergi/overfølsomhed over for:	Ja	Nej
Penicillin?		
Lokalbedøvelse/latex?		
Høfeber/nældefeber?		