

PERSONALIA

Etternavn:	Fornavn:	Fødselsdato/personnr.:
E-post:	Adresse:	
Postnr./poststed:	Telefon privat:	Telefon arbeid:
Yrke/arbeidssted:	Trygdekontor:	

HELSEOPPLYSNINGER (GENERELLE OPPLYSNINGER)

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hjerte/karsykdommer | <input type="checkbox"/> Hepatitt | <input type="checkbox"/> Kosthold/diet | <input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk |
| <input type="checkbox"/> Strålebeh. i hode/hals | <input type="checkbox"/> Giktfeber | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemer med bihulene |
| <input type="checkbox"/> Epilepsi | <input type="checkbox"/> Nerver | <input type="checkbox"/> Imunitets sykdommer | <input type="checkbox"/> Komplikasjoner etter tannbeh |
| <input type="checkbox"/> Psykiske lidelser Astma | <input type="checkbox"/> Røyker | <input type="checkbox"/> Blødersykdom | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS |
| <input type="checkbox"/> Lungesykdom | <input type="checkbox"/> Hjerneslag | <input type="checkbox"/> Parkinsons | <input type="checkbox"/> Kreft |
| <input type="checkbox"/> Reumatisk sykdom | | | For gravide: Termin <input type="text"/> |

ALLERGI/OVERÆMFINTLIGHET

- | | | | |
|---|-----------------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Pollen | <input type="checkbox"/> Nikkel | <input type="checkbox"/> Latex |
| <input type="checkbox"/> Lokalbedøvelse | <input type="checkbox"/> Matvarer | <input type="checkbox"/> Annet <input type="text"/> | |

MUNN/TENNER

- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Blødning i tannkjøttet | <input type="checkbox"/> Munntørhet | <input type="checkbox"/> Dårlig ånde |
| <input type="checkbox"/> Tanngnissing | <input type="checkbox"/> Munnpuuster | <input type="checkbox"/> Ofte sår i munnen |
| <input type="checkbox"/> Ømme tryggemusklr | <input type="checkbox"/> Fingersuger | <input type="checkbox"/> Annet <input type="text"/> |

MEDIKAMENTBRUK – PREPARAT OG DOSE

Legebehandling siste 2 år: Ja Nei Lege:

Siste tannbehandling:

Vurdering av egen helsetilstand: God Middels Dårlig

Medisiner som brukes:

Tannlegen og personalet har taushetsplikt. Opplysningene trenger vi for å gi deg tryggere og bedre behandling.

....., den Underskrift