

# Förhandsuppgifter för tand- och munvård

Tandläkaren behöver uppgifterna om era eventuella sjukdomar och era mediciner för att kunna garantera en säker vård. Uppgifterna är konfidentiella.

Namn

---

Personnummer

---

Hemadress

---

Postanstalt

---

Telefon

---

e-post

---

## Allmän hälsa

Hur upplever ni er hälsa för tillfället?

---

---

Har ni eller har ni haft någon av följande sjukdomar?

- Allergi (mediciner, födoämnen, gummi), vad?
- 
- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Hjärt- eller kärlsjukdom             | <input type="radio"/> Osteoporos                                  |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/> infarkt        | <input type="radio"/> Njursjukdom                                 |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/> pacemaker      | <input type="radio"/> Leversjukdom, hepatit                       |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/> klaffel        | <input type="radio"/> Sköldkörtelsjukdom                          |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/> klaffprotes    | <input type="radio"/> Cancer                                      |
| <input type="radio"/> Hjärninfarkt                         | <input type="radio"/> Neurologisk sjukdom, epilepsi               |
| <input type="radio"/> Högt blodtryck                       | <input type="radio"/> Återkommande huvudvärk                      |
| <input type="radio"/> Blodsjukdom, anemi                   | <input type="radio"/> Psykisk sjukdom                             |
| <input type="radio"/> Benägenhet för blödning              | <input type="radio"/> Nedsatt syn, hörsel                         |
| <input type="radio"/> Diabetes                             | <input type="radio"/> Sjukdom som smittar vid blodkontakt         |
| <input type="radio"/> Sjukdom i andningsorganen, astma     | <input type="radio"/> MRSA, VRE eller motsvarande sjukhusbakterie |
| <input type="radio"/> Sjukdom i matsmältningsorganen       | <input type="radio"/> HIV   |
| <input type="radio"/> Sjukdom i stödje- och rörelseorganen | <input type="radio"/> Annan sjukdom, vilken?                      |
| <input type="radio"/> Reumatisk sjukdom                    |   |
- 

Eventuella tilläggsuppgifter:

---

---

Jag använder medicin regelbundet. Vilken eller vilka?

---

---

- Jag är gravid, min beräknade tid för födelsen är \_\_\_\_\_
- Jag har fått strålbehandling på hals eller huvud.
- Jag har fått en konstgjord led, blodkärlsprotos eller andra konstgjorda material insatta.
- Jag har genomgått organtransplantation.
- Har lokalbedövning gett biverkningar? Hurdana? \_\_\_\_\_

## Tobak och rusmedel

Tobak och rusmedel inverkar på munsjukdomar.

- Jag röker eller använder snus \_\_\_\_\_ gånger/dag.

Hur ofta har ni använt alkohol under de senaste 12 månaderna?

- 6-7 gånger i veckan  3-5 gånger i veckan  2 gånger i veckan  en gång i veckan  
 några gånger i månaden  mera sällan  aldrig

## Munnens och tändernas hälsotillstånd

Varför har ni sökt vård? \_\_\_\_\_

När har hela er mun undersökts senast? \_\_\_\_\_

När har er mun och era tänder senast skötts i skick? \_\_\_\_\_

Har det förekommit problem vid tandvård förr? Hurdana? \_\_\_\_\_

Hur ofta borstar ni tänderna?

- minst två gånger per dag  en gång per dag  mera sällan

Hur ofta gör ni rent i tandmellanrummen?

- minst en gång per dag  några gånger i veckan  1-2 gånger i veckan  mera sällan

Vilket av följande påståenden beskriver era matvanor bäst?

- Jag äter hälsosamt och regelbundet de 4-6 måltider per dag jag planerat.  
 Jag äter hälsosamt och regelbundet 2-3 måltider per dag.  
 Jag äter regelbundet 2-3 måltider per dag, men äter ofta smått däremellan.  
 Jag äter oregelbundet, och äter en mängd olika mellanmål under dagen.

När jag är törstig dricker jag \_\_\_\_\_

Jag använder dagligen  läsk/soft  sportdrycker/energdrycker  andra söta/sura drycker

Jag följer en specialdiet. Vilken? \_\_\_\_\_

## Information enligt dataskyddsförordningen

Jag har läst informationen om behandlingen av mina personuppgifter som jag fått på en separat blankett.

### Att ge samtycke

Jag ger mitt samtycke till att mina patientuppgifter får sparas i ett centraliserat register.

Registret förvaltas av tandläkarstationen och tandläkarstationens tandläkare som deltar i den centraliserade register-föringen. Era patientuppgifter är sekretessbelagda. Med stöd av ert samtycke kan uppgifterna användas vid tandläkarstationen i anslutning till er vårdrelation. Uppgifterna utlämnas till övriga parter endast med stöd av lagen eller med ert tillstånd. Ni kan återkalla ert samtycke när som helst. Mer information finns på informationsblanketten ni får på mottagningen.

Datum

Underskrift