

Hälsodeklaration

Tandhälsan Östergarn AB
 Skolhuset Östergarn
 Prästgården 4
 623 68 KATTHAMMARSVIK
 Tel:0498-52171
 tandhalsan.ostergarn@telia.com
 Org.nr: 556777-4236

Namn		Datum
Pat. nr	Personnummer	Arbete/Skola
Adress		
Arbete	Mobil	Hem
E-post		
Anhörig		

<p>Allmän information</p> <input type="checkbox"/> Hjärt-/kärlsjukdomar <input type="checkbox"/> Högt blodtryck <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Immunitetssjukdom <input type="checkbox"/> Blodsmitta <input type="checkbox"/> Reumatisk sjukdom <input type="checkbox"/> Öron/Näs/Hals <input type="checkbox"/> Psykiska hälsoproblem <input type="checkbox"/> Strålbehandlad <input type="checkbox"/> Kost/Diet <input type="checkbox"/> Kompl. efter tandbeh <input type="checkbox"/> Röker/Snusar <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Blödarsjuka <input type="checkbox"/> Ätstörningar <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Lungsjukdom <input type="checkbox"/> Hjärnblödning <input type="checkbox"/> Parkinsons <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/> MRSA	<p>Annat</p> <input type="checkbox"/> Nedsatt syn <input type="checkbox"/> Nedsatt hörsel <input type="checkbox"/> Nedsatt talförmåga <input type="checkbox"/> Nedsatt rörlighet	<p>Mediciner</p>		
<p>Allergier</p> <input type="checkbox"/> Penicillin <input type="checkbox"/> Lokalbedövning <input type="checkbox"/> Pollen <input type="checkbox"/> Matvaror <input type="checkbox"/> Nickel <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Annat	<p>Mun/tänder</p> <input type="checkbox"/> Blödande tandkött <input type="checkbox"/> Dålig andedräkt <input type="checkbox"/> Munsår <input type="checkbox"/> Muntorrhet <input type="checkbox"/> Bruxism <input type="checkbox"/> Ömma tuggmuskler <input type="checkbox"/> Fingersugare <input type="checkbox"/> Munandare <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/> Utan anmärkning	<p>Läkarbehandling</p> <input type="checkbox"/> Läkarbeh. senaste två åren		
		<p>Pat. värdering av sitt hälsotillstånd</p> <input type="checkbox"/> Gott <input type="checkbox"/> Medel <input type="checkbox"/> Dåligt		
		<table border="1"> <tr> <td>Gravid, BP</td> <td>Senaste tandbehandling</td> </tr> </table>	Gravid, BP	Senaste tandbehandling
Gravid, BP	Senaste tandbehandling			
		<p>Varför kommer patienten</p>		
<input type="checkbox"/> Ger Cave-markering i hälsodeklaration.				

Kompletterande upplysningar

Signatur

Registreringsdatum

Uppdaterad av