

# Hälsodeklaration inför tandläkarbesöket

(Detta formulär är endast till för besöket och kommer ej att sparas.)

Efter- och förnamn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Gatuadress \_\_\_\_\_

Postnummer \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

För att anpassa vården till dina behov behöver vi uppgifter om  
förhållanden som rör din hälsa.

Markera med kryss det som  
är aktuellt för dig:

Närmare beskrivning:

- |   |       |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Hjärta/kärl                | _____ |
| <input type="checkbox"/> Högt blodtryck             | _____ |
| <input type="checkbox"/> Blodsmitta                 | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                   | _____ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsi                   | _____ |
| <input type="checkbox"/> Öron/bihålor               | _____ |
| <input type="checkbox"/> Strålbehandling            | _____ |
| <input type="checkbox"/> Graviditet                 | _____ |
| <input type="checkbox"/> Röker/snusar               | _____ |
| <input type="checkbox"/> Överkänslighet/Allergi     | _____ |
| <input type="checkbox"/> Astma                      | _____ |
| <input type="checkbox"/> Mediciner                  | _____ |
| <input type="checkbox"/> Under behandling av läkare | _____ |
| <input type="checkbox"/> Är fullt frisk             | _____ |

Jag söker idag för \_\_\_\_\_