

Hälsodeklaration inför tandläkarbesöket

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



City
Akuten

Efter- och förnamn _____

Personnummer _____

Gatuadress _____

Postnummer _____

Telefonnummer _____

För att anpassa vården till dina behov behöver vi uppgifter om förhållanden som rör din hälsa. Fråga gärna personalen om du är tveksam.

Markera med kryss

Närmare beskrivning

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

Jag söker idag för _____