

CPR-Nummer : _____

Navn : _____

Adresse : _____

Postnummer/By : _____

Telefon , mobil : _____ arbejde : _____

privat : _____ Email-adresse : _____ @

Hvis medlem af Danmark hvilken gruppe (1,2,5,8) _____ fra hvilken dato (ca) : _____

Har du eller har du haft følgende sygdomme m.m.:

c) Har du tendens til at bløde i lang tid? Ja Nej

Sidste besøg hos Tdl :

d) Er du overfølsom overfor bestemte stoffer? Ja Nej

Tidligere tandlæge :

a) Hjertebetændelse Ja Nej

e) Har du nogensinde fået strålebehandling på hoved eller hals? Ja Nej

b) Fået kunstig hjerteklap, hofte- eller knæprotese Ja Nej

f) Ryger du? Hvis ja – hvor mange om dagen? Ja Nej

c) Sukkersyge Ja Nej

d) Forhøjet blodtryk Ja Nej

e) Epilepsi Ja Nej

Er du indenfor de sidste måneder blevet behandlet med:

f) Blodmangel (anæmi) Ja Nej

Ja Nej

g) Astma eller høfeber Ja Nej

a) Binyrebarkhormon Ja Nej

h) Smitsom leverbetændelse Ja Nej

b) Nervemedicin Ja Nej

i) HIV Ja Nej

c) Blodfortyndende medicin (Marcoumar, Marevan) Ja Nej

j) Andre sygdomme eller tilstande Nævn dem Ja Nej

d) Hjertemagnyl Ja Nej

Medicin mod knogleskørhed Ja Nej

Alment:

Ja Nej

Får du i øjeblikket medicin? (tabletter, injektion el. lign.) Ja Nej

a) Går du for tiden hos læge eller på hospital? Ja Nej

b) Har du tidligere haft ubehag/ildebefindende i forbindelse med lokalbedøvelse eller tandbehandling? Ja Nej

By :

Andre relevante oplysninger:

Jeg bryder mig ikke om at gå til tandlæge

Jeg har tandlægeskræk

Andre oplysninger, som du mener kan være vigtige for din behandling:

Navn og telefonnummer på din læge

Dato:

Underskrift: