

Personalia

Navn		Fødselsdato	Pers.nr.
Adresse		Postnr	Poststed
Mobil tlf	Privat tlf	Arbeids tlf	E-post
Yrke	Arb.sted	Pårørende	

Helseskjema

All informasjon behandles konfidensielt.

Har du eller har du hatt?

JA

Hjerte-karsykdommer

—

Høyt blodtrykk

—

Hjerteinfarkt

—

Angina Pectoris

—

Kunstig hjerteklaff

—

Hjertesvikt

—

Endocarditt

—

Blødersykdom

—

Astma

—

Bihuleplager

—

Lungesykdom

—

Nyresykdom

—

Diabetes

—

Epilepsi

—

Reumatisk sykdom

—

Immunitetssykdom

—

Hepatitt

—

HIV/AIDS

—

Osteoporose

—

Kreft

—

Strålebehandling hode/hals

—

Allergi/overømfintlighet: JA NEI

Penicillin

—

—

Lokalbedøvelse

—

—

Latex

—

—

Metaller

—

—

Annet _____

Bruker du medisiner? JA NEI

Type/dosering:

Røyking / Snus:

Mengde:

Legebehandling siste 2 år?

Lege: _____

Plager fra munnen?

Smerte

Blødende tannkjøtt

Munntørrhet

Tanngnissing

Annet _____

Gravid, termin: _____

Underskrift: _____

Dato: _____