



Tannhelsetjenesten

Tannklinikk
stempel

HELSESKJEMA

Navn		Dato
F.dato og personnummer		Yrke/skole/arb.sted:
Adresse		
Tlf. privat	Tlf. arb	Mobilnummer
E-post:		
Foresatt:		

Generelle opplysninger

<input type="checkbox"/> Hjerte/karsykdommer	<input type="checkbox"/> Nedsatt syn
<input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/> Nedsatt hørsel
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Nedsatt taleevne
<input type="checkbox"/> Epilepsi	<input type="checkbox"/> Nedsatt førighet
<input type="checkbox"/> Immunitetssykdommer	Allergi/overømfintlighet
<input type="checkbox"/> Hepatitt	<input type="checkbox"/> Penicillin
<input type="checkbox"/> Giktfeber	<input type="checkbox"/> Lokalbedøvelse
<input type="checkbox"/> Problemer med bihulene	<input type="checkbox"/> Pollen
<input type="checkbox"/> Psykiske problemer	<input type="checkbox"/> Matvarer
<input type="checkbox"/> Strålebeh. i hode/hals	<input type="checkbox"/> Nikkel
<input type="checkbox"/> Kosthold/diett	<input type="checkbox"/> Latex
<input type="checkbox"/> Kompl. etter tannbeh.	<input type="checkbox"/> Annet
<input type="checkbox"/> Røyker	Munn/tenner
<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Blødn. i tannkjøttet
<input type="checkbox"/> Blødersykdom	<input type="checkbox"/> Dårlig ånde
<input type="checkbox"/> Spiseforstyrrelser	<input type="checkbox"/> Ofte sår i munnen
<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Munntørighet
<input type="checkbox"/> Lungesykdom	<input type="checkbox"/> Tanngnissing
<input type="checkbox"/> Hjerneblødning	<input type="checkbox"/> Ømme tyggemusklr
<input type="checkbox"/> Parkinsons	<input type="checkbox"/> Fingersuger
<input type="checkbox"/> Kreft	<input type="checkbox"/> Munnpuuster
<input type="checkbox"/> Reumatisk sykdom	<input type="checkbox"/> Annet
<input type="checkbox"/> Annet	<input type="checkbox"/> Intet å bemerke
<input type="checkbox"/> Obs! i helseskjema	

Medikamentbruk - preparat og dose

Lege
 Legebehandling siste 2 år

Pasientens vurdering av helsetilstand

God Middels Dårlig

Gravide, termin: _____ Siste tannbehandling _____

Annet/nærmere opplysninger

Hvorfor kommer pasienten?

Underskrift