



## FÖRHANDSUPPGIFTER FÖR TAND- OCH MUNVÅRD

Tandläkaren behöver uppgifterna om era eventuella sjukdomar och era mediciner för att kunna garantera en säker vård. Uppgifterna är konfidentiella.

Namn _____	Personnummer _____ - _____
Yrke och arbetsplats _____	
Hemadress _____	
Postanstalt _____	
Telefon, hem _____	arbete _____ mobiltelefon _____
e-post _____	
<input type="checkbox"/> Jag är frontveteran eller minröjare	

### ALLMÄN HÄLSA

Hur upplever ni er hälsa för tillfället? \_\_\_\_\_

Har ni eller har ni haft någon av följande sjukdomar?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergi (mediciner, födoämnen, gummi), vad? _____ |  |
| <input type="checkbox"/> Hjärt- eller kärlsjukdom                          |  |
| <input type="checkbox"/> infarkt   | <input type="checkbox"/> Osteoporos                                  |
| <input type="checkbox"/> pacemaker   | <input type="checkbox"/> Njursjukdom                                 |
| <input type="checkbox"/> klaffel   | <input type="checkbox"/> Leversjukdom, hepatit                       |
| <input type="checkbox"/> klaffprotes                                       | <input type="checkbox"/> Sköldkörtelsjukdom                          |
| <input type="checkbox"/> Hjärninfarkt                                      | <input type="checkbox"/> Cancer                                      |
| <input type="checkbox"/> Högt blodtryck                                    | <input type="checkbox"/> Neurologisk sjukdom, epilepsi               |
| <input type="checkbox"/> Blodsjukdom, anemi                                | <input type="checkbox"/> Återkommande huvudvärk                      |
| <input type="checkbox"/> Benägenhet för blödning                           | <input type="checkbox"/> Psykisk sjukdom                             |
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Nedsatt syn, hörsel                         |
| <input type="checkbox"/> Sjukdom i andningsorganen, astma                  | <input type="checkbox"/> Sjukdom som smittar vid blodkontakt         |
| <input type="checkbox"/> Sjukdom i matsmältningsorganen                    | <input type="checkbox"/> MRSA, VRE eller motsvarande sjukhusbakterie |
| <input type="checkbox"/> Sjukdom i stödje- och rörelseorganen              | <input type="checkbox"/> HIV   |
| <input type="checkbox"/> Reumatisk sjukdom                                 | <input type="checkbox"/> Annan sjukdom, vilken? _____                |

Eventuella tilläggsuppgifter: \_\_\_\_\_

- Jag använder medicin regelbundet. Vilken eller vilka? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- Jag är gravid, min beräknade tid för födelsen är \_\_\_\_\_
- Jag har fått strålbehandling på hals eller huvud.
- Jag har fått en konstgjord led, blodkärlsprotos eller andra konstgjorda material insatta.
- Jag har genomgått organtransplantation.

Har lokalbedövning gett biverkningar? Hurdana? \_\_\_\_\_

## TOBAK OCH RUSMEDEL

Tobak och rusmedel inverkar på munsjukdomar.

- Jag röker eller använder snus \_\_\_\_\_ gånger/dag.

Hur ofta har ni använt alkohol under de senaste 12 månaderna?

- 6-7 gånger i veckan     3-5 gånger i veckan     2 gånger i veckan     en gång i veckan
- några gånger i månaden     mera sällan     aldrig

## MUNNENS OCH TÄNDERNAS HÄLSOTILLSTÅND

Varför har ni sökt vård? \_\_\_\_\_

När har hela er mun undersökts senast? \_\_\_\_\_

När har er mun och era tänder senast skötts i skick? \_\_\_\_\_

Har det förekommit problem vid tandvård förr? Hurdana? \_\_\_\_\_

Hur ofta borstar ni tänderna?

- minst två gånger per dag     en gång per dag     mera sällan

Hur ofta gör ni rent i tandmellanrummen?

- minst en gång per dag     några gånger i veckan     1-2 gånger i veckan     mera sällan

Vilket av följande påståenden beskriver era matvanor bäst?

- Jag äter hälsosamt och regelbundet de 4-6 måltider per dag jag planerat.
- Jag äter hälsosamt och regelbundet 2-3 måltider per dag.
- Jag äter regelbundet 2-3 måltider per dag, men äter ofta smått däremellan.
- Jag äter oregelbundet, och äter en mängd olika mellanmål under dagen.

När jag är törstig dricker jag \_\_\_\_\_

Jag använder dagligen

- läsk/soft     sportdrycker/energdrycker     andra söta/sura drycker

Jag följer en specialdiet. Vilken? \_\_\_\_\_

---

### Information enligt lagen om personuppgifter (523/99)

Uppgifterna ni har gett sparas i ett patientregister, som upprätthålls av

- a) tandläkaren
- b) tandläkarstationen (centralt register, se nedan).

### Medgivande

- Jag tillåter att mina patientuppgifter sparas i ett centralt register.

Registret upprätthålls gemensamt av tandläkarstationen och de tandläkare som är verksamma där och deltar i upprätthållandet av det centrala registret. Era patientuppgifter är konfidentiella. Inom tandläkarstationen kan de, i enlighet med ert medgivande, användas i samband med er vård. Till andra överlämnas de bara om lagen kräver det eller med ert tillstånd. Ni kan kontrollera de uppgifter om er som finns i registret. Tilläggsuppgifter finns på mottagningens registerbeskrivning/informationsblankett.

---

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift