



# Hälsodeklaration

så att vi kan ge dig en trygg och säker behandling

Namn		Datum
Personnr		Arbete/Skola/Yrke
Adress		
Tel hem	Tel arbete	Mobilnummer
E-post		

## Hälsodeklaration Allmän

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hjärt-/kärlsjukdomar | <input type="checkbox"/> Nedsatt syn        |
| <input type="checkbox"/> Högt blodtryck       | <input type="checkbox"/> Nedsatt hörsel     |
| <input type="checkbox"/> Diabetes             | <input type="checkbox"/> Nedsatt talförmåga |
| <input type="checkbox"/> Epilepsi             | <input type="checkbox"/> Nedsatt rörlighet  |
| <input type="checkbox"/> Immunitetssjukdom    |   |

### Allergi/Överkänslighet

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blodsmitta            | <input type="checkbox"/> Penicillin     |
| <input type="checkbox"/> Reum. sjukdom         | <input type="checkbox"/> Lokalbedövning |
| <input type="checkbox"/> Öron/Näsa/Hals        | <input type="checkbox"/> Pollen         |
| <input type="checkbox"/> Psykiska hälsoproblem | <input type="checkbox"/> Matvaror       |
| <input type="checkbox"/> Strålbehandlad        | <input type="checkbox"/> Nickel         |
| <input type="checkbox"/> Kost/Diet             | <input type="checkbox"/> Latex          |
| <input type="checkbox"/> Kompl. efter tandbeh  | <input type="checkbox"/> Annat          |
| <input type="checkbox"/> Röker/Snusar          |   |
| <input type="checkbox"/> Astma                 |   |

### Mun/Tänder

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blödarsjuk    | <input type="checkbox"/> Blödande tandkött |
| <input type="checkbox"/> Ätstörningar  | <input type="checkbox"/> Dålig andedräft   |
| <input type="checkbox"/> HIV/AIDS      | <input type="checkbox"/> Munsår            |
| <input type="checkbox"/> Lungsjukdom   | <input type="checkbox"/> Muntorrhet        |
| <input type="checkbox"/> Hjärnblödning | <input type="checkbox"/> Tandgnissling     |
| <input type="checkbox"/> Parkinsons    | <input type="checkbox"/> Ömma tuggmuskler  |
| <input type="checkbox"/> Cancer        | <input type="checkbox"/> Fingersugare      |
| <input type="checkbox"/> Annat         | <input type="checkbox"/> Munandare         |
|  | <input type="checkbox"/> Annat             |
| <input type="checkbox"/> CAVE          |  |

## Mediciner

### Läkare

- Läkarebehandl. senaste 2 åren

### Pat värdering av sitt hälsotillstånd

- Gott       Medel       Dåligt

### Gravid, BP

### Senast tandbehandling

Kompletterande upplysn.

Varför kommer patienten

Underskrift