Hälsodeklaration Datum:

För att vår planering av behandling skall kunna göras så noggrant och fullständigt som möjligt ber vi dig besvara följande frågor:

Namn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Person nr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Målsmans namn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Person nr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Anser du att dina tänder bör rättas till? Ja[ ]  Nej[ ]
Om ja, varför \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Har du haft tandställning tidigare? Ja[ ]  Nej[ ]
3. Är du för närvarande fullt frsik? Ja[ ]  Nej[ ]
4. Är du allergisk mot något? Ja[ ]  Nej[ ]
Om ja, vad är du allergisk mot?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Tål du bedövning och penicillin? Ja[ ]  Nej[ ]
6. Har du varit allvarligt sjuk? Ja[ ]  Nej[ ]
7. Står du under läkare observation för något? Ja[ ]  Nej[ ]
Om ja, mot vad och hur yttrar det sig \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Tar du några mediciner? Ja[ ]  Nej[ ]
9. Är du ofta förkyld? Ja[ ]  Nej[ ]
10. Har dinahalsmandlar/polyper bortopererats? Ja[ ]  Nej[ ]
11. Har du haft någon sug vana?(ex napp, tumme/finger, annat) Ja[ ]  Nej[ ]  Specificera: \_\_\_\_\_\_\_
Om Ja, när upphört den eller pågår den fortfarande? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
12. Har du någon gång skadad mun eller tänder? Ja[ ]  Nej[ ]
Om ja, när och vilka tänder\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
13. Går du regelbunt till tandläkaren? Ja[ ]  Nej[ ]  Om ja, senaste besöket?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
14. Har du tagit bort någon eller några tänder hos tandläkare? Ja[ ]  Nej[ ]
Om ja, vilken (vilka) och när? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
15. Är du tandvårdsrädd? Ja[ ]  Nej[ ]  Om ja, vad är du rädd för?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
16. Har du upplevt biverkningar efter behandling hos tandläkare? Ja[ ]  Nej[ ]
Om ja, förklara: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
17. Har du hål i tänderna eller tandvärk? Ja[ ]  Nej[ ]
18. Är dina tänder känsliga mot mat och/eller kallt/varmt? Ja[ ]  Nej[ ]
19. Hur ofta borstar du dina tänder? Ja[ ]  Nej[ ]
20. Blöder ditt tandkött vid tandborstning? Ja[ ]  Nej[ ]
21. Har du käkledsknäppningar eller andra käkledsbesvär? Ja[ ]  Nej[ ]
22. Har du svårt att tugga eller bita av? Ja[ ]  Nej[ ]
23. Har du något talfel, ex Läspning? Ja[ ]  Nej[ ]
Om ja, vad är ditt talfel?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
24. Hur andas du främst? Näsa[ ]  mun [ ]  kombination[ ]
25. Har någon i familjen eller släkt liknande tandställnings fel? Ja[ ]  Nej[ ]
om ja, förklara: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
26. Hur lång är du? \_\_\_\_\_cm Hur lång kommer du bli? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
27. Upplever du just nu någon snabb tillväxt? Ja[ ]  Nej[ ]
28. Om du är flicka, har du haft första mens? Ja[ ]  Nej[ ]
29. Hur långa är dina föräldrar? \_\_\_\_\_cm \_\_\_\_cm
30. Har du något annat tandproblem som vi bör veta om? Ja[ ]  Nej[ ]

Om ja, vad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_