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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_