

1. Har du ønsker om at få behandlet en specifik ting?

Ja Nej Hvis Ja, hvilket?

2. Har du smerter på nuværende tidspunkt?

Ja Nej Hvis Ja, hvorhenne?

3. Har du ønsker om nye fortænder?

Ja Nej

4. Har du ønsker om at dine tænder er lysere?

Ja Nej

5. Har du tandlægeskræk?

Ja Nej

6. Hvad er specielt skræmmende?

Lugt Lyde Det uvisse Bedøvelse Smerte

7. Har du tidligere haft tandtraumer?

Ja Nej

8. Har du fået rodbehandlet tænder?

Ja Nej

9. Har du kroner på nogle af dine tænder?

Ja Nej

10. Har du problemer med dit bid?

Ja Nej

11. Har du problemer med dit kæbeled?

Ja Nej

12. Skærer/presser du tænder om natten?

Ja Nej

13. Drikker du meget juice/sodavand?

Ja Nej

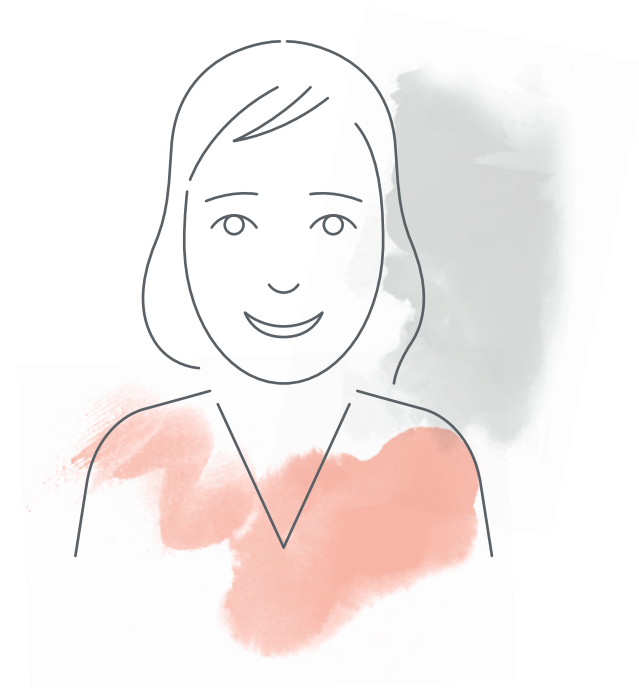
14. Lider du af isninger?

Ja Nej

15. Har du meget mavesyre/opkastninger?

Ja Nej

FORTÆL OS LIDT OM DIG SELV



ADENTA

ØSTERGADE 18, 4. - 1100 KØBENHAVN K
+45 33 12 80 83 / BOOKING@ADENTA.DK / WWW.ADENTA.DK

TANDLÆGE- OG IMPLANTATKLINIKKEN

HELBREDSOPLYSNINGER

CPR nr.:

Navn:

Adresse:

Postnr./By:

Tlf/Mobil:

E-mail:

Medlem af Danmark gruppe: 1 2 5

Stilling:

Henvist af:

Hvor har du hørt om os?

Familie/ven Google Facebook Trustpilot

Andre medier?

Hvornår har du sidst været hos tandlægen?

Hvor har du tidligere gået til tandlæge?

Har du en tandforsikring? Ja Nej

Med din accept rekvirerer vi relevant materiale: Ja Nej

Ryger du? Ja Nej

Hvis ja, hvor meget til dagligt?

Lider du af en hjertesygdom? Ja Nej

Har du forhøjet blodtryk? Ja Nej

Er du bloddonor? Ja Nej

Har du haft gigtfeber? Ja Nej

Har du epilepsi? Ja Nej

Har du (haft) hepatitis? Ja Nej

Lider du af osteoporose? Ja Nej

Har du diabetes? Ja Nej

Hvis ja, er det type I eller type II?

Har du fået strålebehandling på hoved/hals? Ja Nej

Lider du af en anden alvorlig sygdom? Ja Nej

Hvis ja, hvilken?

Kvindelige patienter: Er du gravid/ammende? Ja Nej

Hvis ja, hvor langt henne?

Har du oplevet langvarig blødning efter tidligere tandudtrækninger eller ved små rifter i huden? Ja Nej

Bliver du dårlig af lokal bedøvelse? Ja Nej

Er du overfølsom over for penicillin, sulfapreparater, bedøvelse eller andre former for medicin? Ja Nej

Hvis ja, hvilke?

Er du allergisk over for andet? Ja Nej

Hvis ja, hvilket?

Har du tidligere været ude for langvarig medicinsk behandling?

Ja Nej

Er der yderligere oplysninger du finder relevante før behandling hos os?

Hvor tit børster du tænder?

Bruger du en el-tandbørste? Ja Nej

Bruger du tandtråd, tandstikkere e.l.? Ja Nej

Hvis ja, hvilke?

Er du tidl. blevet behandlet for parodontose? Ja Nej

Hvis du får nogen former for medicin for tiden, bedes du nedenfor anføre præparaternes navn, dosis (antal piller pr. dag), og hvad medicinen tages for.

