

PATIENTOPLYSNINGSSKEMA

Navn: _____ Adresse: _____ Postnr.: _____ By: _____

Email: _____ CPR: _____ - _____

Er du **medlem af "Danmark"**? JA NEJ Hvis ja, hvilken gruppe? _____ Er du forsikret mod tandskader? JA NEJ

Hvad er dit **erhverv**? _____

Har du en **samlever**? JA NEJ Hvis ja, **samlevers navn** _____ Mobil nr.: _____

Har du **børn**? JA NEJ Hvis ja, **hvor mange?** _____ **Alder:** _____

Fritidsinteresser? _____ Hvor plejede du at gå til tandlæge? _____

Hvornår har du **sidst været til eftersyn el. tandbehandling hos tandlæge?** _____

Hvad fik dig til at forlade din tidligere tandlæge? _____

Hvad har fået dig til at vælge os til tandlæge? (Hjemmeside, ven kollega mm.) _____

Evt. navn på henvisende ven/kollega mv.: _____

Er du bange for at gå til tandlæge? **JA NEJ**

Hvis ja, hvorfor? _____

Har du nåleskræk?
Lav smerteterskel?
Afmagt ved tandlægebesøg?
Får du brækreflekser?
Andet? _____

Er dine tænder **følsomme** overfor:
Varme?
Kulde?
Sødt?

Har du problemer med **kæbeledet**?

Har du nogen akutte problemer med tænderne?

Bløder dit **tandkød** tit, når du børster tænder?

Har du tidligere fået **parodontosebehandling**?

Hvis ja, hvornår? _____

Lider du tit af **hovedpine**?

Er du tidligere blevet bedøvet ved behandling?

Hvis ja, **Injektion** _____ **Hypnose** _____
Lattergas _____

Har du tidligere oplevet ubehag i forbindelse m. **bedøvelse**?

Lider du af **dårlig ånde**?

Har du **blødt længe fra sår**?

Hvis ja, hvordan/hvorfor? _____

Er du på nogen måde **utilfreds** med dine tænder
(**m.h.t. farve, facon, tandstilling**)? **JA NEJ**

Hvis ja, hvorfor? _____

Er du i så fald bekymret over, hvad det vil koste
at få nogle pæne tænder?

Har du nogensinde **fået rettet tænder**?

Ryger du?

Er du **sund og rask**?

Hvis nej, udspecificer venligst: _____

Har du eller har du haft følgende sygdomme?

Hjertesygdomme

Gigtfeber/leddegigt

Astma

Blodsygdomme

(HIV)

Sukkersyge

Allergier

Leverbetændelse

Epilepsi

Er du overfølsom overfor penicillin

Andre alvorlige sygdomme

Hvis ja, hvilke? _____

Tager du nogen former for **medicin**?

Hvis ja, hvilke? _____

Dato: d. / - .

Patientunderskrift