



Munhälsovården

KONFIDENTIELL

Efternamn (även tidigare)	Förnamn	
Personbeteckning	Hemkommun	Modersmål
Adress	Postnummer	Postanstalt
Yrke	Vårdnadshavarens namn	
Telefon (hem)	Telefon (arbete)	Telefon (vårdnadshavare)

Allmänt hälsotillstånd

Medicinering

<input type="checkbox"/> Astma eller annan sjukdom i andningsorganen <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Reuma <input type="checkbox"/> Hjärt- eller blodkärssjukdom <input type="checkbox"/> Blodtryckssjukdom <input type="checkbox"/> Ökad blödningsbenägenhet <input type="checkbox"/> Leversjukdom (hepatit) <input type="checkbox"/> HIV-positiv <input type="checkbox"/> Annan sjukdom, vilken: <input type="checkbox"/> Strålbehandling <input type="checkbox"/> Ledprotes <input type="checkbox"/> Klaffprotes <input type="checkbox"/> Graviditet, beräknad tid	<input type="checkbox"/> Läkemedelsallergi, vilket läkemedel <input type="checkbox"/> Annan allergi, vilken
---	--

Rökning / Snusning

Annat att notera vid tandvård

___ / ___ 20__

Underskrift