

Bullsgate 2B, 3110 Tønsberg

Tlf: 33 31 12 98

post@tannlegehopen.no

Org No: 894 263 512

tannlegehopen.no

Helseskjema

Navn		Dato
Pasient nr.	Fødselsnummer.	Skole/Arbeid
Adresse		
Arbeid	Mobil	Hjem
E-post		
Foresatt		

Generell informasjon <input type="checkbox"/> Hjerte/karsykdommer <input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Immunitetssykdommer <input type="checkbox"/> Hepatitt <input type="checkbox"/> Giktfeber <input type="checkbox"/> Problemer med bihulene <input type="checkbox"/> Psykiske lidelser <input type="checkbox"/> Strålebeh. i hode/hals <input type="checkbox"/> Kosthold/diett <input type="checkbox"/> Røyker eller tannbehandlina <input type="checkbox"/> Røyker <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Blødersykdom <input type="checkbox"/> Spiseforstyrrelser <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Lungesykdom <input type="checkbox"/> Hjerneslag <input type="checkbox"/> Parkinsons <input type="checkbox"/> Kreft <input type="checkbox"/> Reumatisk sykdom <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> Uten anmerking	Diverse <input type="checkbox"/> Nedsatt syn <input type="checkbox"/> Nedsatt hørsel <input type="checkbox"/> Nedsatt taleevne <input type="checkbox"/> Nedsatt førighet Allergi/oversensibilitet <input type="checkbox"/> Penicillin <input type="checkbox"/> Lokalbedøvelse <input type="checkbox"/> Pollen <input type="checkbox"/> Matvarer <input type="checkbox"/> Nikkel <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Annet	Medikamentbruk Medisinsk behandling <input type="checkbox"/> Medisinsk behandling siste to år			
	Munn/tenner <input type="checkbox"/> Blødn. i tannkjøttet <input type="checkbox"/> Dårlig ånde <input type="checkbox"/> Ofte sår i munnen <input type="checkbox"/> Munntørrhet <input type="checkbox"/> Tanngnissing <input type="checkbox"/> Ømme tyggemusklar <input type="checkbox"/> Fingersuger <input type="checkbox"/> Munnpuuster <input type="checkbox"/> Annet	Pas. oppfatning av egen helse <input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Middels <input type="checkbox"/> Dårlig <table border="1"> <tr> <td>Gravid - termin</td> <td>Siste tannbehandling</td> </tr> <tr> <td>Fastlegens navn</td> <td>Fastlegens HPR nr</td> </tr> </table>	Gravid - termin	Siste tannbehandling	Fastlegens navn
Gravid - termin	Siste tannbehandling				
Fastlegens navn	Fastlegens HPR nr				
Besøksgrunn					

Diverse informasjon

Sign.

Registreringsdato

Oppdatert av