

Patientoplysningseskema

Navn: _____ CPR: _____ - _____ Adresse: _____

Postnr.: _____ By: _____ Email: _____ Mobilnr.: _____

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

Hvad er dit erhverv? _____ Er din samlever patient på klinikken? **Ja** **Nej**

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

Hvad fik dig til at forlade din tidligere tandlæge? _____

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

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

Ja **Nej**
Er du bange for at gå til tandlæge?

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 med bedøvelse?

Lider du af dårlig ånde?

Har du blødt længe fra sår?

Hvis ja, hvordan/hvorfor _____

Får du medicin? _____

Ja **Nej**
Er du på nogen måde utilfreds med dine

tænder (m.h.t. farve, facon, tandstilling)?

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? _____

Dato: d. / -

Patientunderskrift