



|                                                |         |
|------------------------------------------------|---------|
| Navn                                           | Cpr.nr. |
| Adresse                                        | Tlf.nr. |
| <b>Helbredsskema udfyldt af - Navn og dato</b> | Tlf.nr. |

| Værge                                                                                                             | Ja | Nej |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| Er barn under 15 år og forældre er værge?                                                                         |    |     |
| Er du værge for dig selv? (Hvis du er 15 år og derover)                                                           |    |     |
| Er du varigt inhabil? (Manglende evne til at tage stilling til behandling, lav modenhed)                          |    |     |
| Nærmest pårørende, personlig værge eller fremtidsfuldmægtig som kan give samtykke?                                |    |     |
| I så tilfælde - hvem er din pårørende, personlig værge eller fremtidsfuldmægtig ?<br><br>Navn:<br><br>Telefonnr.: |    |     |

| Alment                                                             | Svar   |                              |             |
|--------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------|-------------|
| Højde                                                              |        |                              | BMI         |
| Vægt                                                               |        |                              |             |
| Har din læge tidligere givet beroligende medicin til tandlægebesøg | Ja     |                              | Nej         |
| Er du gravid?                                                      | Ja     |                              | Nej         |
| Syn                                                                | Normal | Svækket                      | Blind       |
| Hørelse                                                            | Normal | Svækket                      | Døv         |
| Sprog                                                              | Normal | Besværligt/<br>tegn til tale | Ingen       |
| Kørestolsbruger                                                    | Ja     | Nej                          | Skal liftes |



| Kost og nydelsesmidler                                               | Ja | Nej |
|----------------------------------------------------------------------|----|-----|
| Spiser du almindeligt blandet kost?                                  |    |     |
| Spiser du en ensidig kost?                                           |    |     |
| Får du sondemad?                                                     |    |     |
| Spiser/drikker du dagligt slik og sukkerholdige drikke?              |    |     |
| Ryger du eller tager snus? Hvis ja, hvor mange pr. dag? Antal:       |    |     |
| Drikker du alkohol? Hvis ja, hvor mange genstande pr. dag? Antal:    |    |     |
| Tager du euforiserende stoffer? Hvis ja, hvilke og hvor ofte? Antal: |    |     |

| Tandpleje                                                                                                                                                      | Ja | Nej |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| Jeg føler mig mundtør                                                                                                                                          |    |     |
| Jeg børster selv tænder og evt. protese/r                                                                                                                      |    |     |
| Jeg får hjælp til at børster tænder/protoser?                                                                                                                  |    |     |
| Hvor ofte børster du tænder? Aldrig <input type="checkbox"/> 1x dagligt <input type="checkbox"/> 2x dagligt <input type="checkbox"/>                           |    |     |
| Hvilken tandpasta bruger du? Tandpasta på recept <input type="checkbox"/> Almindeligt fluorholdig <input type="checkbox"/> Uden fluor <input type="checkbox"/> |    |     |

| Har du følgende udfordringer?                                              | Ja | Nej |
|----------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| Neuropsykiatriske diagnoser - fx ADHD, ocd, autisme, angst, skizofreni mm. |    |     |
| Hjerneskade - medfødt eller erhvervet?                                     |    |     |
| Udviklingshæmning - modenhed ca. svarende til? Evt. IQ.                    |    |     |
| Syndromer eller genetiske sygdomme - Hvilke?                               |    |     |
| Andet - Hvilke?                                                            |    |     |

| Tager du medicin:  | Ja | Nej |
|--------------------|----|-----|
| Hvis ja, for hvad? |    |     |

| Har du eller har du haft følgende almene sygdomme?                                          | Ja | Nej |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| Hjerte- karsygdom : (Forhøjet blodtryk, blodprop i hjertet, hjertekramper, hjertesvigt, mm. |    |     |
| Endocarditis, Hjertehinde/klap betændelse                                                   |    |     |
| Gigtfeber                                                                                   |    |     |
| Hepatitis, leversygdom- eller betændelse (fx nedsat leverfunktion)                          |    |     |
| Nyresygdom                                                                                  |    |     |
| Lunge- vejrtrækningssygdom (fx KOL, astma, vejrtrækningsproblemer)                          |    |     |
| Diabetes (Type I – Type II og er det velreguleret)                                          |    |     |
| Epilepsi (evt. type)                                                                        |    |     |
| Cancer (Hvilken og har der været strålebehandling?)                                         |    |     |
| Stofskiftesygdom (Hvilken og for højt eller lavt?)                                          |    |     |
| HIV                                                                                         |    |     |
| Gigt                                                                                        |    |     |
| Parkinsons                                                                                  |    |     |
| Demens                                                                                      |    |     |
| Har tidligere haft hjerneblødning/blodprop i hjernen (Apoplexi)                             |    |     |
| Malignt hypertermi. (Temperaturstigning der kan udløses af fuld narkose)                    |    |     |
| Søvnapnø syndrom (Ophold i indåndingen på mindst 10 sek. over 5x i timen)                   |    |     |
| Cerebral Parese (Muskelspasmer)                                                             |    |     |
| Osteoporose (Knogleskørhed)                                                                 |    |     |
| Forebyggende antibiotika før tandlægebesøg                                                  |    |     |

| Indopererede proteser        | Ja | Nej |
|------------------------------|----|-----|
| Hjerteklapper                |    |     |
| Pacemaker                    |    |     |
| Knæ eller hofter eller andet |    |     |

| Har du tidligere haft allergi/overfølsomhed over for: | Ja | Nej |
|-------------------------------------------------------|----|-----|
| Penicillin?                                           |    |     |
| Lokalbedøvelse/latex?                                 |    |     |
| Høfeber/nældefeber?                                   |    |     |