

Helbredsskema

Udfyld helbredsskema og send til: voksentandplejen@faxekommune.dk

Navn	Cpr.nr.:
Adresse	Tlf.nr.:
Helbredsskema udfyldt af - Navn og dato	

Væрге	Ja	Nej
Du er væрге for dig selv?		
Du er varigt inhabil? (Manglende evne til at tage stilling til behandling, demenssygdom)		
Hvis du er varigt inhabil har du så en nærmest pårørende, personlig væрге eller fremtidsfuldmægtig som kan give samtykke?		
Skriv venligst pårørende, personlig væрге eller fremtidsfuldmægtig (navn/cpr.nr./cvr.nr./tlf.nr) så vi kan få kontakt og et informeret samtykke:		

Alment			
Syn	Normal	Svækket	Blind
Hørelse	Normal	Svækket	Døv
Sprog	Normal	Besværligt/ tegn til tale	Ingen
Kørestolsbruger	Ja	Nej	Skal liftes

Medicin/naturmedicin, læge- og hospitalsbehandling	Ja	Nej
Går du for tiden til behandling eller kontrol hos lægen eller på hospital?		
Hvis ja, for hvad og hvor?		
Tager du medicin? Hvis ja, er medicinlisten på FMK ajourført, så trækker vi selv liste. Hvis ikke vedhæft gældende medicinliste.		

Helbredsskema

Har du haft eller har du haft følgende almene sygdomme? Sæt kryds samt streg under sygdomsforslag eller skriv hvad du specifikt fejler.	Ja	Nej
Hjerte- karsygdom (f.eks. Forhøjet blodtryk, hjerteklapsygdom.)		
Endocarditis		
Gigtfeber		
Lever sygdom- eller betændelse (fx nedsat leverfunktion)		
Nyresygdom		
Lunge- vejrtrækningssygdom (fx KOL, astma, vejrtrækningsproblemer)		
Diabetes (Type I – Type II – velreguleret eller dårligt reguleret)		
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)		
Søvnapnø syndrom (Ophold i indåndingen på mindst 10 sek. over 5x i timen)		
Cerebral Parese (Muskelspasmer)		
Osteoporose (Knogleskørhed)		
Andet. Hvad?		

Indopererede proteser (hvis ja skriv ca. hvornår)	Ja	Nej
Hjerteklapper (skal du have forebyggende antibiotika)		
Pacemaker		
Knæ eller hofter		

Helbredsskema

Har du allergi/overfølsomhed over for:	Ja	Nej
Penicillin?		
Lokalbedøvelse?		
Benzodiazepiner eller anden medicin?		
Latex, plaster, klaramin?		
Høfeber/nældefeber?		
Har du tidligere haft problemer med blødning efter tandudtrækning?		
Andet?		

Tandpleje	Ja	Nej
Jeg føler mig mundtør		
Jeg børster selv tænder og evt. protese/r		
Jeg får hjælp til at børster tænder/protoser?		
Hvilken tandbørste bruger du? ☐ Almindelig tandbørste ☐ El-tandbørste ☐ Specialtandbørste		
Hvor ofte børster du tænder? ☐ Aldrig ☐ 1x dagligt ☐ 2x dagligt		
Hvilken tandpasta bruger du? ☐ Tandpasta på recept ☐ Almindeligt ☐ Uden fluor		

Kost og nydelsesmidler	Ja	Nej
Spiser du almindeligt blandet kost?		
Spiser du en ensidig kost?		
Får du sondemad?		
Spiser/drikker du meget slik og sukkerholdige drikke?		
Ryger du/bruger nikotinpræparater? Hvis ja, hvor meget?		
Drikker du alkohol? Hvis ja, hvor mange genstande pr. dag? Antal:		