

Hälsodeklaration

För att vi ska kunna behandla dig på ett säkert sätt är det viktigt för oss att veta om du har några sjukdomar eller äter några mediciner som påverkar eller påverkas av vår behandling. Därför vill vi att du fyller i den här hälsodeklarationen noggrant och sanningsenligt. Dina uppgifter kommer att läggas in i din journal och hanteras enligt gällande sekretessföreskrifter.

Health declaration

In order for us to safely treat you, it is important for us to know if you have any medical conditions or if you are on any medications that affect or could be affected by our treatment. We would therefore like you to fill out this health declaration accurately and truthfully. Your information will be entered into your medical records and be managed according to current confidentiality regulations.

Name

National ID number/LMA number: Date of birth

Namn

Personnummer/LMA-nummer: Födelsedatum

Are you in good health?

 Yes No

Är du fullt frisk?

Are you being treated by a doctor?

 Yes No

Behandlas du av läkare?

Are you on any medication? Which one(s)?

 Yes No

Äter du några mediciner? Vilka?

Do you have high blood pressure or heart problems/diseases?

 Yes No

Har du högt blodtryck eller hjärtproblem/sjukdom?

Are you/have you been treated for osteoporosis?

 Yes No

Behandlas du/har du behandlats för benskörhet?

Have you had radiotherapy (not X-ray)?

 Yes No

Har du fått strålbehandling (ej röntgen)?

Do you have or have you had cancer?

 Yes No

Har du eller har du haft cancer?

Do you have implanted heart valves, joints or a pacemaker?

 Yes No

Har du inopererade hjärklaffar, leder eller pacemaker?

Are you prone to increased bleeding/do you bleed easily?

 Yes No

Har du ökad blödningsbenägenhet/blöder du lätt?

Do you have any blood-borne diseases? Such as HIV or Hepatitis?

 Yes No

Har du någon blodsmitta? Tex HIV eller Hepatit?

Have you been treated in a hospital in the last 10 years?

 Yes No

Har du behandlats på sjukhus någon gång de senaste 10 åren?

Are you pregnant? Yes No
Är du gravid?

Do you have any allergies/hypersensitivities? To what? Yes No
Har du några allergier/överkänslighet? Mot vad?

Do you have diabetes? Type I or type II? Yes No
Har du diabetes? Typ I eller typ II?

Do you have any liver/kidney disease? Yes No
Har du lever/njursjukdom?!

Do you have any neurological diseases? Yes No
Har du neurologiska sjukdomar?

Do you have any psychological problems? Yes No
Har du psykologiska besvär?

Do you have rheumatism? Yes No
Har du reumatism?

Do you have dry mouth? Yes No
Har du muntorrhet?

Do you use tobacco/snus? How much? Yes No
Använder du tobak/snus? Mängd?

Do you use any herbal medicines? What kind? Yes No
Tar du naturmedel? Vilken typ?

Do you have asthma/lung disease? Yes No
Har du astma/lungsjukdom?

Can you tolerate local anesthesia? Yes No
Tål du lokalbedövning?

Can you tolerate penicillin? Yes No
Tål du penicillin?

Do you have a fear of dentistry? Yes No
Är du tandvårdsrädd?

Date
Datum

Signature
Underskrift