



for at kunne sikre en omhyggelig behandling og for at opfylde Sundhedsstyrelsens krav til journalisering, er det nødvendigt vi får nedenstående vigtige oplysninger. Vær derfor venlig at udfylde blanketten så nøjagtig som muligt med blokbogstaver.

Efternavn: _____

Fornavn: _____ Erhverv: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ Postdistrikt: _____

Tlf./mobil: _____ Tlf. arbejdssted: _____

Mail: _____

Personnr.: _____

· for personer under 16 år også forældres personnr.: _____

Sygesikring: Gruppe 1: _____ Gruppe 2 _____ "danmark" Grp. nr: _____

For patienter under 18 år: forældres navn, adresse og erhverv.

Har De været til behandling hos tandlæge indenfor det sidste år:	ja	nej
Er De under lægebehandling:	ja	nej
Bløder De længe efter tandudtrækning eller snitsår:	ja	nej
Lider De af: Sukkersyge?	ja	nej
Lider De af: Overfølsomhed?	ja	nej
Lider De af: Højt eller for lavt blodtryk?	ja	nej
Lider De af: Hovedpine eller migræne?	ja	nej
Lider De af: Muskelømhed i hoved og hals?	ja	nej
Foreligger der evt. graviditet?	ja	nej
Har De haft bivirkninger ved tidligere: Lokalbedøvelse?	ja	nej
Har De haft bivirkninger ved tidligere: Penicillinbehandling?	ja	nej
Har De haft bivirkninger ved tidligere: Anden medicin?	ja	nej
Har De, eller har de haft: Smitsom leverbetændelse?	ja	nej
Har De, eller har de haft: HIV-virus (AIDS)?	ja	nej
Har De, eller har de haft: Hjertesygdomme?	ja	nej
Har De, eller har de haft: Epilepsi?	ja	nej
Har De, eller har de haft: Anden alvorlig sygdom	ja	nej
Har De fået, eller får De: Strålebehandling?	ja	nej
Har De fået, eller får De: Regelmæssig medicin?	ja	nej

Dato: _____

Underskrift: _____

