

Personnummer ID-kontroll.....

Namn.....

Adress Postadress.....

Telefon

Innan undersökning och/eller ingrepp är vi tacksamma om Du besvarar följande medicinska frågor. De kan vara viktiga i samband med behandling. Vi är även tacksamma om Du tar del av informationen och skriver under.

HÄLSODEKLARATION	Ja	Nej
Jag känner mig fullt frisk		
Jag har sjukdom Om ja: Vilken (-a)?		
Jag tål tandläkarbedövning		
Jag tål penicillin och liknande		
Jag är allergisk. Om ja: Mot vad?		
Jag har astma		
Jag har högt blodtryck		
Jag har/har haft problem med hjärtat		
Jag har inopererad konstgjord hjärtklaff/ led/ pacemaker		
Jag har fått strålbehandling mot huvud och/eller hals		
Jag har/har haft gulsot, tuberkulos, HIV, MRSA eller annan smittsam sjukdom		
Jag har blödarsjuka, blöder onormalt länge vid sår eller får lätt blåmärken		
Jag röker		
Jag snusar		
Jag är gravid		
Jag tar mediciner regelbundet Om ja: Vilka?		
Jag tar eller har tidigare tagit Bisfونات – med ex. Fosamax, Zometa, Sutent, Avastin, Alenat, Alendronate.		
Jag går på regelbundna läkarkontroller		
Jag accepterar att bli påmind om min tid hos er, via sms		

1. Om Du accepterat lugnande medicin innan behandling, så kan det påverka Dig i upp till 24 timmar efteråt, och då får Du ej k öra bil eller liknande.
2. Om Du röker eller använder annan tobak, föreligger större risk för efterbesvär än hos icke-rökare (tobaksanvändare). Implantatbehandling har sämre prognos hos rökare.
3. Ett kirurgiskt ingrepp kan ge efterbesvär och även en efterinfektion.
4. Ett kirurgiskt ingrepp kan i sällsynta fall ge en, i de flesta fall, övergående känselnedsättning av nerver.

- Jag tillåter att behandlande käkkirurg tar kontakt med min tandläkare/läkare för att erhålla ytterligare information om mitt hälsotillstånd, och att även skicka efter relevanta journalhandlingar.
- Jag tillåter att mina journalhandlingar får skickas som remissvar.
- Jag har tagit del av ovanstående information samt godkänner de punkter som gäller journalhandlingar.

Göteborg den.....