

SYGEHISTORIE

Patientens navn _____ Kaldes _____ Alder _____
Læges navn/speciale _____
Seneste helbredsundersøgelse _____ Formål _____
Hvordan vil du overordnet set vurdere dit helbred? Rigtig godt Godt Rimeligt Dårligt

ER/HAR DU ELLER HAR DU NOGENSINDE VÆRET/HAFT: JA NEJ

- indlagt med sygdom eller skade _____
- en allergisk reaktion på
aspirin, ibuprofen, acetaminophen/paracetamol, codein
penicillin
erythromycin
tetracyclin
et sulfapræparat
lokalbedøvelse
fluorid
metaller (nikkel, guld, sølv, _____)
latex
andet _____
- hjerterproblemer eller stent i hjertet inden for de sidste 6 måneder
- tidligere smitsom hjertehindebetændelse _____
- kunstig hjerteklap, operation af hjertedefekt _____
- pacemaker eller indsat defibrillator _____
- kunstigt led _____
- gigt- eller skarlagensfeber _____
- for højt eller lavt blodtryk _____
- slagtilfælde (hvor du skulle tage blodfortyndende midler) _____
- blodmangel eller anden blodsygdom _____
- længerevarende blødning fra et lille sår (INR > 3,5) _____
- emfysem (oppustet/udspilet væv), kortåndethed, sarkoidose _____
- tuberkulose, mæslinger, skoldkopper _____
- astma _____
- vejtræknings- eller søvnproblemer (søvnnapnø, snorken, sinus) _____
- nyresygdom _____
- leversygdom _____
- gulshot _____
- sygdom i skjoldbruskkirtlen eller biskjoldbruskkirtlen eller kalkmangel
- hormonmangel _____
- for højt kolesterol, eller brug af statiner _____
- diabetes (HbA1c = _____)
- mavesår eller sår i tolvfingertarmen _____
- fordøjelsessygdomme (f.eks. glutenallergi, sure opstød) _____
- knogleskørhed/knoglemangel (brug af bisfosfonater) _____

- gigt _____
- autoimmune sygdomme _____
(f.eks. slidgigt, lupus, sklerodermi)
- grøn stær _____
- kontaktlinser _____
- skader på hoved eller hals _____
- epilepsi, krampeanfald _____
- neurologiske sygdomme (ADD/ADHD, prion) _____
- virusinfektioner og forkølelsessår _____
- knuder eller hævelse i munden _____
- nældefeber, hududslæt, hørfeber _____
- STI/STD/HPV _____
- hepatitis (type _____) _____
- HIV/AIDS _____
- tumor, unormal vækst _____
- strålebehandling _____
- kemoterapi, immunsupprimerende midler _____
- følelsesmæssige problemer _____
- psykiatrisk behandling _____
- antidepressiva _____
- alkoholforbrug/lejlighedsbrug af stoffer _____

GÆLDER NOGET AF DETTE FOR DIG:

- Bliver du i øjeblikket behandlet for nogen anden sygdom? _____
- Har der været ændringer i dit helbred inden for de sidste 24 timer?
(F.eks. feber, kulderystelser, ny hoste eller diarré) _____
- Tager du medicin for at tabe dig? _____
- Tager du kosttilskud? _____
- Bliver du ofte forpustet eller træt? _____
- Har du tit hovedpine? _____
- Ryger du, har du røget, eller bruger du røgfri tobak? _____
- Bliver du anset som en følsom person? _____
- Føler du dig tit ulykkelig eller deprimeret? _____
- KVINDER - Tager du p-piller? _____
- KVINDER - Er du gravid? _____
- MÆND - Har du en prostata sygdom? _____

Beskriv eventuelt nuværende medicinsk behandling, forestående operation, genetisk/udviklingsmæssig forsinkelse eller anden behandling, der muligvis kan påvirke din tandbehandling. (F.eks. Botox- eller kollagenindsprøjtninger)

Angiv alle lægemidler, tilskud og/eller vitaminer, du har taget inden for de sidste to år.

Lægemiddel	Formål	Lægemiddel	Formål
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

INFORMER OS VENLIGST, HVIS DER FREMOVER SKER ÆNDRINGER I DIN SYGEHISTORIE ELLER EVENTUEL MEDICIN.

Patientens underskrift _____ Dato _____
Tandlægens underskrift _____ Dato _____