

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

1. indlagt med sygdom eller skade _____
2. en allergisk reaktion på
 - aspirin, ibuprofen, acetaminophen/paracetamol, codein
 - penicillin
 - erythromycin
 - tetracyclin
 - et sulfapræparat
 - lokalbedøvelse
 - fluorid
 - metaller (nikkel, guld, sølv, _____)
 - latex
 - andet _____
3. hjerteproblemer eller stent i hjertet inden for de sidste 6 måneder
4. tidligere smitsom hjertehindebetændelse _____
5. kunstig hjerteklap, operation af hjertedefekt _____
6. pacemaker eller indsat defibrillator _____
7. kunstigt led _____
8. gigt- eller skarlagensfeber _____
9. for højt eller lavt blodtryk _____
10. slagtilfælde (hvor du skulle tage blodfortyndende midler) _____
11. blodmangel eller anden blodsygdom _____
12. længerevarende blødning fra et lille sår (INR > 3,5) _____
13. emfysem (oppustet/udspilet væv), kortåndethed, sarkoidose _____
14. tuberkulose, mæslinger, skoldkopper _____
15. astma _____
16. vejrtræknings- eller søvnproblemer (søvnapnø, snorken, sinus) _____
17. nyresygdom _____
18. leversygdom _____
19. gulsot _____
20. sygdom i skjoldbruskkirtlen eller biskjoldbruskkirtlen eller kalkmangel _____
21. hormonmangel _____
22. for højt kolesterol, eller brug af statiner _____
23. diabetes (HbA1c = _____) _____
24. mavesår eller sår i tolvfingertarmen _____
25. fordøjelsessygdomme (f.eks. glutenallergi, sure opstød) _____
26. knogleskørhed/knoglemangel (brug af bisfosfonater) _____

27. gigt _____
28. autoimmune sygdomme _____
(f.eks. slidgigt, lupus, sklerodermi)
29. grøn stær _____
30. kontaktlenser _____
31. skader på hoved eller hals _____
32. epilepsi, krampeanfald _____
33. neurologiske sygdomme (ADD/ADHD, prion) _____
34. virusinfektioner og forkølelsessår _____
35. knuder eller hævelse i munden _____
36. nældefeber, hududslæt, hørfeber _____
37. STI/STD/HPV _____
38. hepatitis (type _____) _____
39. HIV/AIDS _____
40. tumor, unormal vækst _____
41. strålebehandling _____
42. kemoterapi, immunsupprimerende midler _____
43. følelsesmæssige problemer _____
44. psykiatrisk behandling _____
45. antidepressiva _____
46. alkoholforbrug/lejlighedsbrug af stoffer _____

GÆLDER NOGET AF DETTE FOR DIG:

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