

Helseskjema

Navn		Dato
Pasient nr.	Fødselsnummer	Skole/Arbeid
Adresse		
Arbeid	Mobil	Hjem
E-post		
Foresatt		

Generell informasjon <input type="checkbox"/> Hjerte/karsykdommer <input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Immunitetssykdommer <input type="checkbox"/> Hepatitt <input type="checkbox"/> Giktfeber <input type="checkbox"/> Problemer med bihulene <input type="checkbox"/> Psykiske lidelser <input type="checkbox"/> Strålebeh. i hode/hals <input type="checkbox"/> Kosthold/diett <input type="checkbox"/> Kompl. etter tannbehandling <input type="checkbox"/> Røyker <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Blødersykdom <input type="checkbox"/> Spiseforstyrrelser <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Lungesykdom <input type="checkbox"/> Hjerneslag <input type="checkbox"/> Parkinsons <input type="checkbox"/> Kreft <input type="checkbox"/> Reumatisk sykdom <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> Ønsker time på SMS <input type="checkbox"/> Bruk av røntgenbilder OK	Diverse <input type="checkbox"/> Nedsatt syn <input type="checkbox"/> Nedsatt hørsel <input type="checkbox"/> Nedsatt taleevne <input type="checkbox"/> Nedsatt førlighet Allergi/oversensibilitet <input type="checkbox"/> Penicillin <input type="checkbox"/> Lokalbedøvelse <input type="checkbox"/> Pollen <input type="checkbox"/> Matvarer <input type="checkbox"/> Nikkel <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> CAVE fra FM Munn/tenner <input type="checkbox"/> Blødn. i tannkjøttet <input type="checkbox"/> Dårlig ånde <input type="checkbox"/> Ofte sår i munnen <input type="checkbox"/> Munntørrhet <input type="checkbox"/> Tanngnissing <input type="checkbox"/> Ømme tyggemuskl. <input type="checkbox"/> Fingersuger <input type="checkbox"/> Munnpuster <input type="checkbox"/> Annet
<input type="checkbox"/> Uten anmerkning	

Medikamentbruk	
Medisinsk behandling <input type="checkbox"/> Medisinsk behandling siste to år	
Pas. oppfatning av egen helse <input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Middels <input type="checkbox"/> Dårlig	
Gravid - termin	Siste tannbehandling
Fastlegens navn	Fastlegens HPR nr
Besøksgrunn	

Diverse informasjon

Sign.

Registreringsdato

Oppdatert av