



FÖRHANDSUPPGIFTER BETRÄFFANDE VÅRDEN

Universitetsgatan 19 A 3 vån, 20100 Åbo
Tel. (02) 4140 600

Namn: _____ Personbeteckning: _____

Hemadress: _____ Yrke / Arbetsplats: _____

Postnummer: _____

Mobil: _____ Tel. tjänst: _____ Tel. hem: _____

E-mail: _____

	JA	NEJ	VET EJ		JA	NEJ
1. Är Ni frisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Är ni överkänslig, allergisk för någon medicin eller annat ämne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Är ni nu eller har varit i läkarvård? Varför? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Röker ni? Nikotinersättning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Använder ni regelbundet eller ofta mediciner? Vilka mediciner? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Har ni en konstgjord led?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Använder ni blodförtunnande äkemedel? Aspirin? Disperin? Primaspan? Marevan? Plavix? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Har ni fått strålbehandling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Lider ni någon av följande symptom/sjukdomar	JA	NEJ	VET EJ	10. Har ni smittats av sjukhusbakterier (t.ex. MRSA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärt- eller blodkärslssjukdom				11. Är ni gravid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-infarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		12. Tillstånd att använda kontaktuppgifter*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-hjärtstimulator/pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		13. Tillstånd att utlämna patientuppgifter*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-klaffel/klaff protes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Gnisslar eller presser ni ihop tänderna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förhöjt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. När har ni senast varit hos tandläkaren? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reumatisk feber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Varför kommer ni till tandläkar besök? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodsjukdom, anemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Remitterande tandläkare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blödningstendens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Annan ytterligare information, t.ex. sjukförsäkringskassa, krigsveteran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blåmärken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Artrit, reuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Njursjukdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Psykisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Annan allmän sjukdom? Vilken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

12.* Dentori Oy kan skicka åt mig aktuell information, nyheter och erbjudanden via e-post eller SMS beträffande hälsa, välbefinnande och Hammasklinikka Dentoris verksamhet.

13.* Information om vårdåtgärder får vid behov ge till munhälsovårdens eller annan hälso- och sjukvårds bruk.
(Lagen om patientens status och rättigheter 785/92)

PERSONUPPGIFTLAGEN (523/99)

Er personliga information lagras i register, som upprätthålls av Hammasklinikka Dentori Oy och Torinkulman hammaslääkärit. Er personliga information är konfidentiell och ges ut endast enligt lag eller med ert tillstånd. Ni har möjlighet att inspektera uppgifter gällande er på våra webb-sidor och mottagningar. Vår registreringsinformation finns tillgänglig på vår webb-sida samt på vår mottagning.

Datum _____ Patientens underskift _____