

# HELBREDSSKEMA

---

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Egen tandlæge: \_\_\_\_\_

---

Er du medlem af Sygeforsikringen Danmark? Ja  Nej

Hvis ja, hvilken gruppe? Gruppe 1  Gruppe 2  Gruppe 5

---

Har du nogen form for allergi eller overfølsomhed over for medicin (f.eks. penicillin) Ja  Nej

Hvis ja, angiv hvilke(n): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Tager du nogen form for medicin?

Hvis ja, angiv hvilke(n): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Lider du af kronisk sygdom (f.eks. hjertesygdom, diabetes, astma, gigt, forhøjet blodtryk) Ja  Nej

Hvis ja, angiv hvilke(n): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Har du, eller er du tidligere blevet behandlet for kræft? Ja  Nej

Hvis ja, angiv hvilken type: \_\_\_\_\_

Ryger du tobak/E-cigaret ? Hvis ja, hvor meget dagligt ? \_\_\_\_\_

For kvindelige patienter: er du gravid? Ja  Nej

Ifbm. din henvisning til klinikken udbeder vi os din skriftlige tilladelse til at indhente læge- eller tandlægelige oplysninger, herunder røntgenbilleder vedrørende dine tidligere sygdomme, og til at sende journal til læge/ tandlæge, der har henvist dig til behandling hos os.

---

Dato:

Underskrift:



SPECIALTANDLÆGERNE  
VED BUDOLFI PLADS

klinik for implantater og kæbekirurgi