

# HELBREDSSKEMA

Navn: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Adresse/postnr./by: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefon pårørende: \_\_\_\_\_

Egen tandlæge: \_\_\_\_\_

Er du medlem af Sygesikring Danmark? Ja  Nej

Hvis ja, hvilken gruppe? Gruppe 1  Gruppe 2  Gruppe 5  Gruppe S  Gruppe 8 basis

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 eller naturmedicin (fx fiskeolie, ginkgo biloba, ingefær)? Ja  Nej

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

Lider du af kronisk sygdom (f.eks. hjertesygdom, diabetes, astma, gig, 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 \_\_\_\_\_ Nej

For kvindelige patienter: Er du gravid? Ja  Nej

I fbm. 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