

HELBREDSSKEMA

Navn: _____ E-mail: _____

Adresse/postnr./by: _____

Telefon: _____ Telefon pårørende: _____

Egen tandlæge: _____

Er du medlem af Sygeforsikring 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, 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 _____ 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