

# HELBREDSSKEMA

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

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

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

Egen tandlæge: \_\_\_\_\_

Er du medlem af Sygeforsikring Danmark (en forsikring du selv tegner) ? 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 overfor medicin (f.eks. penicillin) Ja  Nej

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

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

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

Tager du nogen form for medicin (f.eks. alendronat, prolia, blodtryksnedsættende, blodfortyndende eller naturmedicin (f.eks. fiskeolie, ginkgo biloba, ingefær)? Ja  Nej

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

Tager du eller har du tidligere fået medicin for knogleskørhed eller medicin i forbindelse med kræftbehandling? Ja  Nej

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

Angiv ca. periode/årstal: \_\_\_\_\_

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

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

Har du fået strålebehandling på hoved/hals? Ja  Nej

Hvis ja, angiv hvor: \_\_\_\_\_

Angiv år/periode for behandlingen: \_\_\_\_\_

Ryger du tobak / e-cigaret ? Ja  Nej

Hvis ja, hvor meget dagligt: \_\_\_\_\_

For kvindelige patienter: Er du gravid? Ja  Nej  Ammer du? Ja  Nej

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

Dato: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_



SPECIALTANDLÆGERNE  
BUDOLFI

klinik for implantater og kæbekirurgi