

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, gig)? 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