



## Glomma Tannklinikk

post@glommatannklinikk.no

www.glommatannklinikk.no

Tlf: 69169090,

SMS: 90637778

# Helseskjema

Navn	
Skole/Arbeid	Fødselsdato og personnummer
Adresse	

Generell informasjon	Diverse	Arbeid	Mobil	Hjem
<input type="checkbox"/> Hjerte/karsykdommer	<input type="checkbox"/> Nedsatt syn			
<input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/> Nedsatt hørsel	<b>E post</b>		
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Nedsatt taleevne			
<input type="checkbox"/> Epilepsi	<input type="checkbox"/> Nedsatt førlighet			
<input type="checkbox"/> Immunitetssykdommer	<b>Allergi/oversensibilitet</b>	<b>Foresatt</b>		
<input type="checkbox"/> Hepatitt	<input type="checkbox"/> Penicillin			
<input type="checkbox"/> Giktfeber	<input type="checkbox"/> Lokalbedøvelse	<b>Medikamentbruk</b>		
<input type="checkbox"/> Problemer med bihulene	<input type="checkbox"/> Pollen			
<input type="checkbox"/> Psykiske lidelser	<input type="checkbox"/> Matvarer			
<input type="checkbox"/> Strålebeh. i hode/hals	<input type="checkbox"/> Nikkel			
<input type="checkbox"/> Kosthold/diet	<input type="checkbox"/> Latex			
<input type="checkbox"/> Kompl. etter tannbehandling	<input type="checkbox"/> Annet			
<input type="checkbox"/> Røyker	<input type="checkbox"/> CAVE fra FM			
<input type="checkbox"/> Astma	<b>Munn/tenner</b>	<b>Medisinsk behandling</b>		
<input type="checkbox"/> Blødersykdom	<input type="checkbox"/> Blødn. i tannkjøttet	<input type="checkbox"/> Medisinsk behandling siste to år		
<input type="checkbox"/> Spiseforstyrrelser	<input type="checkbox"/> Dårlig ånde			
<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Ofte sår i munnen			
<input type="checkbox"/> Lungesykdom	<input type="checkbox"/> Munntørrhet			
<input type="checkbox"/> Hjerneslag	<input type="checkbox"/> Tanngnissing			
<input type="checkbox"/> Parkinsons	<input type="checkbox"/> Ømme tyggemusklr			
<input type="checkbox"/> Kreft	<input type="checkbox"/> Fingersuger			
<input type="checkbox"/> Reumatisk sykdom	<input type="checkbox"/> Munnpuster			
<input type="checkbox"/> Annet	<input type="checkbox"/> Annet			
<input type="checkbox"/> Uten anmerkning	Pas. oppfatning av egen helse <input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Middels <input type="checkbox"/> Dårlig			
<b>Fastlegens navn</b>	<b>Gravid termin</b>	<b>Siste tannbehandling</b>		
<b>Besøksgrunn</b>				
<b>Diverse informasjon</b>				

Sign: .....

Registreringsdato

Oppdatert av