

Odontologisk Anamneseskema



Navn: _____

CPR: _____

Hvor ofte børster du dine tænder? Sjældnere 1*Dagligt 2*Dagligt Oftere

Hvor ofte bruger du tandtråd/mellemrumsbørster? Sjældnere 1*Dagligt 2*Dagligt Oftere

Hvor ofte drikker du syreholdige drikkevarer så som:
Sodavand, saftvand, appelsinjuice, vin, tonic? Sjældnere 1*Dagligt 2*Dagligt Oftere

Hvor ofte spiser du syreholdige madvarer så som:
Citron, appelsin, vindruer, æbler? Sjældnere 1*Dagligt 2*Dagligt Oftere

Hvor ofte drikker du sukkerholdige drikkevarer så som:
Sodavand, saftvand, juice, cacao, kaffe/the med sukker? Sjældnere 1*Dagligt 2*Dagligt Oftere

Hvor ofte spiser du sukkerholdige ting som:
Slik, cornflakes, syltetøj, marmelade, kage? Sjældnere 1*Dagligt 2*Dagligt Oftere

Bruger du receptpligtig medicin? Ja Nej

Hvis ja, angiv medicinen: _____

Bruger du ikke-receptpligtig medicin? Ja Nej

Hvis ja, angiv medicinen: _____

Bruger du naturmedicin eller alternativ medicin? Ja Nej

Hvis ja, angiv medicinen: _____

Er du overfølsom/allergisk over for noget? Ja Nej

Hvis ja, angiv hvilket: _____

Har du fejlet noget alvorligt der har krævet besøg hos
speciallæge eller på sygehus? Ja Nej

Hvis ja, hvad har du fejlet: _____

Går du til kontrol/behandling hos læge eller på sygehus? Ja Nej

Hvis ja, hvilket: _____

Har du kunstige erstatninger af dele af kroppen? Ja Nej

Hvis ja, hvilke: _____

Er der andre helbredstilstande du kan oplyse om? Ja Nej

Hvis ja, hvilke: _____

Er du utryg eller utilpas ved at gå til tandlæge? Ja Nej

Hvis ja, angiv årsag: _____

Har du nogen særlige krav eller ønsker til behandlingen? Ja Nej

Hvis ja, angiv hvilke: _____

Har du været eller er du i behandling for knogleskørhed? Ja Nej

Har du været eller er du i behandling for cancer (kræft)? Ja Nej

Underskrift: _____

Dato: _____