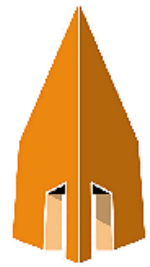


Anamneseskema



Dato for udfyldelse: _____

Patient navn: _____ Cpr.nr.: _____

- | | JA | Nej |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Går De for tiden til behandling eller kontrol hos læge eller på hospital?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Har der været problemer i tilslutning til tidligere lokalbedøvelse?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Har der været langvarig blødning i tilslutning til tidligere tandudtrækning?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Lider De af astma, høfeber eller nældefeber?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Har De haft overfølsomheds-reaktion (hududslet, kløe, besvimelse el. a.) over for: | | |
| a) Penicillin eller sulfapræparater?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Visse former for medicin, piller, tabletter eller andet?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Andre stoffer? (jod, kloramin, plaster, metaller)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Får De eller har De fået: | | |
| a) Cortison? (orange kort), blodfortyndende midler? (blåt kort) eller
Blodtryksnedsættende midler..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Andre former for medicin, piller, tabletter, indsprøjtninger eller andet..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Har De eller har De haft følgende sygdomme: | | |
| a) Hjertesygdomme?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Gigtfeber?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Forhøjet stofskifte?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Epilepsi?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Sukkersyge?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Gulsot (leverbetændelse/hepatitis)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Andre alvorlige sygdomme?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Har De fået strålebehandling med radium eller kobolt på hoved eller hals?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Oplysninger i øvrigt:

Evt. egen læge:

Evt. egen tandlæge:

Adresse:

Adresse:

Tlf. nr.:

Tlf. nr.:

Underskrift