

## Velkommen til vores klinik!

### Vi vil bede dig besvare en række spørgsmål

For at kunne tage vores del af ansvaret for dine tænder, vil vi gerne bede dig besvare en række spørgsmål, som er vigtige for vores arbejde. Personalet i receptionen vil altid kunne hjælpe dig med udfyldningen.

Dato:	Årsag til besøg:
Navn:	
Adresse:	
Postnr:	By:
Tlf. privat:	Tlf. arb:
Stilling:	
Er det OK, at vi kontakter dig på din arbejdsplads? Ja/nej:	
Ved ny tid: Jeg foretrækker ____ dage. Formiddag: <input type="checkbox"/> Eftermiddag: <input type="checkbox"/>	
CPR-nr:	Sygesikringsgruppe:
Medlem af Danmark? Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilken gruppe:	

Flere spørgsmål på de følgende sider kan besvares med et enten ja eller nej. Sæt venligst kryds i det rigtige felt – og spørg personalet i receptionen, hvis du er i tvivl...

Ja    Nej

Sæt kryds

- Er du tilfreds med dit smil / med dit tand-“look“?  Ja  Nej
- Har du tænkt på at forandre dine tænders udseende?  Ja  Nej
- Er du frustreret over, at der altid er noget i vejen, når du skal til tandlæge?  Ja  Nej
- Vil du gerne af med evt. amalgan (kviksølv) plomber?  Ja  Nej
- Har du fået fjernet tænder/visdomstænder?  Ja  Nej
- Hvornår? \_\_\_\_\_  Ja  Nej
- Er du bekymret for, om det kan blive nødvendigt for dig at få en protese eller delprotese?  Ja  Nej
- Bryder du dig ikke om at gå til tandlæge?  Ja  Nej
- Har du tandlægeskræk?  Ja  Nej
- Er du bange for bedøvelse?  Ja  Nej
- Er du bange for at blive boret?  Ja  Nej
- Føler du dig lidt forsvarsløs?  Ja  Nej
- Er du bange for AIDS HIV smitte?  Ja  Nej
- Går du regelmæssigt til tandlægeeftersyn?  Ja  Nej
- Hvis Ja: Med hvilket interval?
- Kvartal?  1/2-årlig?  Årlig?
- Hvis Nej: Hvornår var du sidst til tandlæge? \_\_\_\_\_
- Bruger du noget til at rense mellem tænderne?
- Tandstikker?  Tandtråd?  “Flaskerenser“?
- Er du bekymret over at få en behandling, der betyder en meget stor tandlægeregning?  Ja  Nej

Underskrift / signatur: \_\_\_\_\_

Tak for hjælpen!  
Dine Tandlæger

Sæt kryds

Ja Nej

Har du et problem nu?  Ja  Nej

Har du en ulykkesforsikring, der dækker tandskader?  Ja  Nej

Bruger din ægtefælle/samlever vores klinik?  Ja  Nej

Evt. navn: \_\_\_\_\_ CPR: \_\_\_\_\_

Hvorfor valgte du vores klinik? \_\_\_\_\_

Hvem anbefalede os? \_\_\_\_\_

Navn på tidligere tandlæge: \_\_\_\_\_

Tlf: \_\_\_\_\_ By/sted: \_\_\_\_\_

Hvorfor forlod du din tidligere tandlæge? \_\_\_\_\_

Hvornår har du sidst været til tandeftersyn? \_\_\_\_\_

Er dine tænder følsomme?  Ja  Nej

Varme?  Kulde?  Sødt?  Tygning?

Bliver maden siddende mellem tænderne, når du spiser?  Ja  Nej

Bløder dit tandkød under tandbørstning?  Ja  Nej

Har du bemærket hævelse omkring tænderne?  Ja  Nej

Føler du en ubehagelig smag eller lugt fra munden?  Ja  Nej

Undgår du at børste tænder bestemte steder i munden?  Ja  Nej

Har du smerter fra tyggemuskler?  Ja  Nej

Har du smerter fra tænder?  Ja  Nej

Har du ofte hovedpine?  Ja  Nej

Er du tidligere opereret i hjerte, hals eller hoved?  Ja  Nej

Evt. for hvad: \_\_\_\_\_

Er du organtransplanteret?  Ja  Nej

Sæt kryds

Ja Nej

Kvinder: Er du gravid? Hvis JA, i hvilken måned? \_\_\_\_\_

Navn på egen læge: \_\_\_\_\_

Har du problemer med at ligge ned under behandlingen?  Ja  Nej

Ryger du?  Ja  Nej

Hvis Ja, kunne du tænke dig at holde op?  Ja  Nej

**Har du lidt eller lider du af:**

Ja Nej

Hjertesygdomme?  Ja  Nej

Forhøjet blodtryk?  Ja  Nej

Gigtfeber?  Ja  Nej

Leverbetændelse?  Ja  Nej

AIDS/HIV?  Ja  Nej

Epilepsi?  Ja  Nej

Sukkersyge (diabetes)?  Ja  Nej

Andet:  Ja  Nej

**Har du:**

Penicillinoverfølsomhed?  Ja  Nej

Allergi?  Ja  Nej

Forlænget blødningstendens?  Ja  Nej

Problem med lokalbedøvelse?  Ja  Nej

**Bliver du behandlet med:**

Kortison (binyrebark)?  Ja  Nej

Bestråling?  Ja  Nej

Blodfortyndende medicin?  Ja  Nej

Nervemedicin?  Ja  Nej

Andet?  Ja  Nej

Evt. medicins navn: \_\_\_\_\_

Se bagsiden ➔