



FÖRHANDSUPPGIFTER BETRÄFFANDE VÅRDEN

Vi ber Er så noggrant som möjligt besvara följande frågor. Svaren är viktiga för oss inför planering av vården.

Namn: _____ Personbeteckning: _____ Telefon: _____

Adress: _____

HAR NI FÖLJANDE SJUKDOMAR?

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| Hjärt- eller blodkärlssjukdom | <input type="checkbox"/> | Ökad blödningsbenägenhet / blödarsjuka | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes (sockersjuka) | <input type="checkbox"/> | Lever- eller njursjukdom | <input type="checkbox"/> |
| Astma | <input type="checkbox"/> | Hepatit | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsi | <input type="checkbox"/> | HIV positiv (eller AIDS) | <input type="checkbox"/> |
| Reuma | <input type="checkbox"/> | MRSA, VRE, ESBL, någon annan sjukhusbakterie | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporos | <input type="checkbox"/> | Psykisk sjukdom | <input type="checkbox"/> |
| Cancer | <input type="checkbox"/> | → Fått strålbehandling i huvud/halsregion | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Annan sjukdom, vilken? _____ | | | |

HAR NI / ÄR NI / ANVÄNDER NI?

- | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--------------------------|
| Pacemaker eller konstgjord hjärtklaff | <input type="checkbox"/> | Fått strålbehandling eller cytostatika | <input type="checkbox"/> |
| Ledprotes (höft eller någon annan) | <input type="checkbox"/> | Tobaksprodukter | <input type="checkbox"/> |
| Gravid | <input type="checkbox"/> | → Beräknad förlossningsdatum: _____ | |
| Alkohol | <input type="checkbox"/> veckovis <input type="checkbox"/> mer sällan <input type="checkbox"/> inte alls | | |

VILKA LÄKEMEDEL ANVÄNDER NI REGELBUNDET?

Naturläkemedel i bruk _____

Är ni överkänslig (allergisk) för någon medicin eller något annat ämne? Vilket?

EGENVÅRD OCH KOSTVANOR

- | | | | |
|---|--|---------------------------------------|---|
| Jag borstar tänderna: | Jag använder: | Jag rengör tandmellanrum: | <input type="checkbox"/> med tandpetare |
| <input type="checkbox"/> två gånger per dag | <input type="checkbox"/> eltandborste | <input type="checkbox"/> dagligen | <input type="checkbox"/> med mellanrumsborste |
| <input type="checkbox"/> en gång per dag | <input type="checkbox"/> vanlig tandborste | <input type="checkbox"/> varannan dag | <input type="checkbox"/> med tandtråd |
| <input type="checkbox"/> mer sällan | | <input type="checkbox"/> mer sällan | <input type="checkbox"/> annat, vad? _____ |

Jag använder fluortandkräm ja nej

Jag äter regelbundet _____ gånger per dag. Jag undviker småätandet mellan måltider: ja nej

Eventuell specialkost: _____

Jag äter dagligen sötsaker, godis, eller bakelser: ja nej

Jag dricker dagligen syra drycker som saft, läsk, light- eller energidrycker: ja nej

Jag använder dagligen xylitolprodukter (tuggummi eller pastiller): ja nej