



BARNETS FÖRHANDSUPPGIFTER FÖR TANDVÅRD

Namn _____

Personbeteckning _____

Adressuppgifter _____

Målsman _____

Målsmans telefon _____

BARNETS HÄLSOTILLSTÅND

Astma

Anlag för blödning

Epilepsi

Försening i utvecklingen

Diabetes

Infektionssjukdom

Hjärtsjukdom

Öroninflammationer behandlade med antibiotikakur

Reuma

Någon annan sjukdom _____

Allergi _____

Medicinering: _____

Vårdande barnläkare: _____

Annat att ta hänsyn till i tandvården: _____

BARNETS MUNHYGIEN- OCH KOSTVANOR HEMMA

Jag borstar mina tänder:

- två gånger om dagen
- en gång om dagen
- mer sällan

- själv
- jag får hjälp av en vuxen

Jag använder:

- eltandborste
- vanlig tandborste
- fluortandkräm

Jag rengör mellan tänderna (>12-år):

- varje dag
- varannan dag
- mer sällan

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