

# Helseskjema

Navn		Dato
Pasient nr.	Fødselsnummer	Skole/Arbeid
Adresse		
Arbeid	Mobil	Hjem
E-post		
Foresatt		

<b>Generell informasjon</b> <input type="checkbox"/> Hjerte/karsykdommer <input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Immunitetssykdommer <input type="checkbox"/> Hepatitt <input type="checkbox"/> Giktfeber <input type="checkbox"/> Problemer med bihulene <input type="checkbox"/> Psykiske lidelser <input type="checkbox"/> Strålebeh. i hode/hals <input type="checkbox"/> Kosthold/diett <input type="checkbox"/> Kompl. etter tannbehandling <input type="checkbox"/> Røyker <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Blødersykdom <input type="checkbox"/> Spiseforstyrrelser <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Lungesykdom <input type="checkbox"/> Hjerneslag <input type="checkbox"/> Parkinsons <input type="checkbox"/> Kreft <input type="checkbox"/> Reumatisk sykdom <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> Bisfosfonater <input type="checkbox"/> Sykehusbehandling/ I annb ehandling i utlandet <input type="checkbox"/> Nyresvikt <input type="checkbox"/> Snuser <input type="checkbox"/> Demens <input type="checkbox"/> Uten anmerkning	<b>Diverse</b> <input type="checkbox"/> Nedsatt syn <input type="checkbox"/> Nedsatt hørsel <input type="checkbox"/> Nedsatt taleevne <input type="checkbox"/> Nedsatt førlighet <b>Allergi/oversensibilitet</b> <input type="checkbox"/> CAVE fra FM <input type="checkbox"/> Penicillin <input type="checkbox"/> Lokalbedøvelse <input type="checkbox"/> Pollen <input type="checkbox"/> Matvarer <input type="checkbox"/> Nikkel <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> Cave <b>Munn/tenner</b> <input type="checkbox"/> Blødn. i tannkjøttet <input type="checkbox"/> Dårlig ånde <input type="checkbox"/> Ofte sår i munnen <input type="checkbox"/> Muntørhet <input type="checkbox"/> Tanngnissing <input type="checkbox"/> Ømme tyggemusklr <input type="checkbox"/> Fingersuger <input type="checkbox"/> Munnpuster <input type="checkbox"/> Annet
--	---

<b>Medikamentbruk</b>	
<b>Medisinsk behandling</b> <input type="checkbox"/> Medisinsk behandling siste to år	
<b>Pas. oppfatning av egen helse</b> <input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Middels <input type="checkbox"/> Dårlig	
<b>Gravid - termin</b>	<b>Siste tannbehandling</b>
<b>Fastlegens navn</b>	<b>Fastlegens HPR nr</b>
<b>Besøksgrunn</b>	

Diverse informasjon

Sign.

Registreringsdato

Oppdatert av