

Navn	Fødselsnummer/personnummer (11 siffer)	
Navn		
E-post	Siste tannlegebesøk	
Adresse	Din oppfatning av egen helse	
	God      Middels      Dårlig	
Postnummer & sted	Mobil/TLF	

**Generell informasjon**

Ja    Nei

Hjerte/karsykdommer  
 Høyt blodtrykk  
 Diabetes  
 Epilepsi  
 Immunitets sykdommer  
 Hepatitt  
 Giktfeber

**Allergi / oversensibilitet**

Ja    Nei

Penicillin  
 Lokalbedøvelse  
 Pollen  
 Matvarer  
 Nikkel  
 Latex  
 Andre allergier

**Medisinsk behandling**

Ja    Nei

Medisinsk behandling siste to år

 Problemer med  
 bihulene

Ja    Nei

Psykiske lidelser  
 Strålebeh. i hode/hals  
 Kosthold/diett  
 Komplikasjoner etter  
 tannbehandling  
 Røyker  
 Astma  
 Blødersykdom  
 Spiseforstyrrelser  
 HIV/AIDS  
 Lungesykdom  
 Hjerneslag  
 Parkinsons  
 Kreft  
 Reumatisk sykdom

**Munn / tenner**

Ja    Nei

Blødn. i tannkjøttet  
 Dårlig ånde  
 Ofte sår i munnen  
 Munntørret  
 Tanngnissing  
 Ømme tyggemuskler  
 Andre problemer

**Diverse**

Ja    Nei

Nedsatt hørsel/taleevne  
 Nedsatt førlighet  
 Har du osteoporose?  
 Tar du medisin, eller har du  
 tidligere tatt medisin grunnet  
 osteoporose?  
 For kvinner: Er du gravid eller  
 ammer?

**Andre sykdommer/problemer  
 tannlegen bør vite om:**

Har du pacemaker, mekanisk  
 pumpe, høreapparat eller annet  
 vi må ta hensyn til hvis vi skal ta  
 røntgenbilde?

Ja    Nei

**Medikamentbruk**

Ja    Nei

Tar du for tiden noe medisin?  
 (Vennligst før opp alle medisiner du tar.)

**Besøksgrunn:**

Konsultasjon/undersøkelse  
 Vondt / smerter  
 Ønsker pris på behandling  
 Annen grunn

Dato

Signatur

Bergen Tannklinikk AS

org.nr. 919 371 560

 Torgallmenninen 7  
 5014 Bergen

tlf. 56 12 32 00

post@bergentannklinikk.no

**BERGEN**  
**TANNKLINIKK**