

Hälsodeklaration

Namn

Personnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fullt frisk	ja	nej
Konstgjord hjärklaff/hjärklaff fel	ja	nej
Höftled eller annan ledprotes	ja	nej
Munntorrhet	ja	nej
Ögonsjukdom	ja	nej

Om ja ange vilken		
Blodsmitta (HIV, Hepatit)	ja	nej

Om ja ange vilken		
Kronor/broar eller titanimplantat i munnen	ja	nej

Om ja vilka tänder		
Rotfyllda tänder	ja	nej

Om ja vilka tänder		
Pågående tandläkarbehandling	ja	nej

Om ja vad behandlas		
Värk, ilningar eller isningar	ja	nej

Om ja vilka tänder		
Mediciner	ja	nej

Om ja ange vilka mediciner		
Gravid/Ammar	ja	nej

Allergi mot Väteperoxid, plast,	ja	nej
Epilepsi	ja	nej

Röker	ja	nej
Om Ja hur mycket		

Har ni intagit alkohol senaste 24h	ja	nej
Har ni haft tandställning/smycke	ja	nej

Vilken tand/tänder		
Senaste tandläkarbesöket	datum	

Nyttjar du mycket fluor Om ja, hur mycket	ja	nej
Har du blekt tänderna förut	ja	nej

Har du genomgått läpputfyllnadsbehandling	ja	nej
Om ja, hur länge sedan		

Jag har fått information om blekningens effekter och eventuella biverkningar i form av isningar och ilningar under och efter behandlingen samt eventuell irritation och smärta i tandköttet.

Ort

Datum

Namnteckning

Namnförtydligande

Tel

E-mail

Adress

Postadress