|  |
| --- |
| Helbredsskema til Omsorgstandpleje |

|  |  |
| --- | --- |
| Navn | Cpr.nr. |
| Adresse | Tlf.nr. |
| Kontaktperson – Navn og tlf.nr. |
| Familiekontakt – Navn og tlf.nr. |
| Egen læge – Navn og tlf.nr. |
| **Helbredsskema udfyldt af (fulde navn og telefonnummer):** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Har du eller har du haft følgende sygdomme: | Ja | Nej |
| Hjertesygdomme? |  |  |
| Hjerteklapfejl? Gigtfeber? |  |  |
| Forhøjet blodtryk? |  |  |
| For højt eller for lavt stofskifte? (Noter hvilket) |  |  |
| Epilepsi? |  |  |
| Diabetes? (sæt cirkel) Type 1 Type 2 |  |  |
| Hepatitis(leverbetændelse)? |  |  |
| Cancer? (hvilken) |  |  |
| Parkinsons? |  |  |
| Tidligere apoplexi?  |  |  |
| Andet? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Har du følgende udfordringer: | Ja | Nej |
| Demens? (Hvilken) |  |  |
| Psykiatriske diagnoser? (Hvilken) |  |  |
| Udviklingshæmmet? Modenhed svarende til? |  |  |
| Depression? |  |  |
| Aggressiv? |  |  |
| Apatisk? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Læge og hospitalsbehandling: | Ja | Nej |
| Går du for tiden til behandling eller kontrol hos læge eller hospital? |  |  |
| Hvis ja, hvilke? |  |  |
| Har du oplevet problemer ved tidligere tandudtrækninger? |  |  |
| Får du blodfortyndende medicin? Hvilken? |  |  |
| Får du andet medicin: Hvilken? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Allergi, overfølsomhed | Ja | Nej |
| Har du Astma, høfeber eller nældefeber? |  |  |
| Er du overfølsom overfor Penicillin? |  |  |
| Er der andet du er overfølsom over for? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mobilitet/forflytning: | Ja | Nej |
| Kan selv gå. |  |  |
| Er kørestolsbunden men kan forflyttes uden lift. |  |  |
| Skal liftes ved forflytning. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kommunikation: | Ja | Nej |
| Normal. |  |  |
| Ikke sammenhængende. |  |  |
| Dårlig. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mundhygiejne: | Ja | Nej |
| Hvornår har du sidst været til tandlægeundersøgelse? |  |  |
| Har du dine naturlige tænder? |  |  |
| Har du proteser? |  |  |
| Børster du selv tænder/proteser? |  |  |
| Får du hjælp til at børste tænder/proteser? |  |  |
| Får du hjælp til øvre toilette? |  |  |
| Er du mundtør? |  |  |