

Helbredsstatus

Navn				Personnummer	
Adresse				Telefonnummer - privat	
Afdeling	Stue	Indflytningsdato	Fra	Sygesikret <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Afdeling kontaktperson - navn og telefonnummer			Familiekontakt - navn og telefonnummer		
Egen læge - navn og telefonnummer			Egen tandlæge - navn og telefonnummer		
Egen klinisk tekniker - navn og telefonnummer			Interviewer - navn og dato		

Tale

Taler	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Taler med besvær	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Stum	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Syn

Normalt	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Svækket	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Blind	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Hørelse

Normalt	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Svækket	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Døv	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Mobilitet

Kan gå	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Kan gå med støtte	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Kørestolsbunden	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Sengebunden	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Psykisk tilstand

Psykiatrisk lidelse	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Aggressiv	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Depressiv	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Dement	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Uklar - af og til	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Almene sygdomme

Spastiker	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Allergi	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Diabetes	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Epilepsi	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hjertesygdomme	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hæmofili	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hæmoragi hs/vs lam	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Parkinson	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Strålebehandlet	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
HIV positiv	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Gigt	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Andet	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Medicin

Penicillin	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Andre antibiotika	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Glukokortikoider	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Antikoagulantia	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Antireumatika	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Antiepilepsia	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hjertemedicin	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Antihypertensiva	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Medicin - fortsat

Smertestillende	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Antidiabetika	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Antiparkinson	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Diuretika	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Neuroleptica	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Antidepressiva	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Anxiolytica	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Antabus	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Stofskiftemedicin	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Sovemedicin	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Bisphosphonater	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Spytstimula	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Syreneutraliserende	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Antikolinergika	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Laksantia daglig	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Andet	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Cave

Lokalbedøvelse	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Penicillin	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Anden medicin	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Kost

Fuldkost	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Findelt	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Spiser selv	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Sonde	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Pleje

Klarer sig selv	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hjælpeløs	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Urininkontinens	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Bemærkninger

--

Tandpleje

Naturlige tænder	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Børster selv tænder	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Proteser	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Problemer med proteser	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hvor gammel er protesen		
Gener i tandkød/tunge	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hvis ja, hvad er problemet		
Børster selv proteser	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Protesefixativ	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Regelmæssig us	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Mundtørhed	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Problemer	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Gener i tænder, tandkød, tunge eller andet

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ved ikke	
Hvis ja, hvad er problemet			
Smertes fra			
<input type="checkbox"/> Tænder	<input type="checkbox"/> Tandkød	<input type="checkbox"/> Gummer	
<input type="checkbox"/> Blødning fra tandkød ved børstning			
<input type="checkbox"/> Knækket fyldning	<input type="checkbox"/> Tabt fyldning		
Ondt ved			
<input type="checkbox"/> Sødt	<input type="checkbox"/> Koldt	<input type="checkbox"/> Varmt	
Smertes fra			
<input type="checkbox"/> Tunge	<input type="checkbox"/> Kinder	<input type="checkbox"/> Kirtler	<input type="checkbox"/> Læber
Sår i			
<input type="checkbox"/> Munden	<input type="checkbox"/> Mundvig	<input type="checkbox"/> Bidsår	
<input type="checkbox"/> Dårlig smag			<input type="checkbox"/> Dårlig ånde
<input type="checkbox"/> Mundtørhed			<input type="checkbox"/> Besvær med at synke
<input type="checkbox"/> Kløen	<input type="checkbox"/> Svien	<input type="checkbox"/> Brænden	
<input type="checkbox"/> Gener fra kæbeled			<input type="checkbox"/> Ømhed i tyggemuskler
<input type="checkbox"/> Skærer tænder			
<input type="checkbox"/> Har ofte hovedpine			
<input type="checkbox"/> Tyggebesvær			
Andet			

Tidligere tandbehandling

<input type="checkbox"/>	Regelmæssig 1-2 gange pr. år
<input type="checkbox"/>	Kun hvis der var problemer
<input type="checkbox"/>	Har slet ikke haft kontakt med tandlæge/ tandtekniker
<input type="checkbox"/>	Ved ikke
Hvornår var sidste behandling	
<input type="checkbox"/>	Inden for sidste 6 måneder
<input type="checkbox"/>	Inden for sidste 2 år
<input type="checkbox"/>	Mere end 2 år siden
<input type="checkbox"/>	Ved ikke

Nydelsesmidler

Ryger	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Stort forbrug	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Alkohol	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Stort forbrug	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Søde sager	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Stort forbrug	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Andet	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Bemærkninger

--

Bemærkninger

--