



Oplysningskema til Deres journal

Dato	Offentlig sygesikringsgr. 1. 2.	
Sygesikring Danmark 1. 2. 5.	Medlem siden (ca.):	
Navn		
Adresse		
Post nr./by	Stilling	
Tlf/mobil	Arbejde	
CPR nr.	E-mail	
Henvist af		
Besvar venligst følgende	JA	NEJ
Har De tidligere været behandlet her på klinikken? Hvornår?		
Ryger De? Hvor meget dagligt:..... Cigaretter Pipe Cerutter		
Lider De af en hjertesygdom?		
Er De bloddonor?		
Har De forhøjet blodtryk?		
Har De haft gigtfeber?		
Har De sukkersyge/diabetes? Type I Type II		
Lider De af epilepsi?		
Lider De af Hepatitis?		
Lider De af anden alvorlig sygdom?		
Kvindelige patienter- Er De gravid? Hvor langt henne?		
Har De bemærket voldsom eller langvarig blødning efter tidligere tandudtrækninger eller ved smårifter i huden?		
Har De tidligere været under en eller anden form for langvarig medicinsk behandling?		
Har De fået strålebehandling på hoved eller hals?		
Bliver De dårlige af lokalbedøvelse?		
Er De overfølsom for penicillin, sulfapræparater, lokalbedøvelse eller andre former for medicin?		
Er De allergisk overfor andet?		
Får De i øjeblikket en eller anden form for medicin?		
Hvis De får medicin dvs. piller eller tabletter for tiden, bedes De nedenfor anføre pillernes navn, hvilken dosis (antal pr. dag) og hvad pillerne gives for:		
1.		
2. Fortsæt på bagsiden		
I forbindelse med Deres henvisning til klinikken udbeder vi os Deres skriftlige tilladelse til at indhente lægelige eller tandlægelige oplysninger, herunder røntgenbilleder vedrørende Deres tidligere sygdomme eller helbred og til at sende udskrivningskort til læger/tandlæger, der har henvist Dem eller har Dem i behandling.		
Dato Underskrift.....		