

Oplysningskema

Fornavn	Efternavn
<input type="text"/>	<input type="text"/>
CPR-nr.	Adresse
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postnr.	By
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<p>Medlem af Sygeforsikringen "danmark"</p> <p><input type="checkbox"/> Ikke medlem</p> <p><input type="checkbox"/> Gruppe 1</p> <p><input type="checkbox"/> Gruppe 2</p> <p><input type="checkbox"/> Gruppe 5</p>	<p>Medlem i 5 år eller mere</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p>
--	--

Har du eller har du haft?	Ja	Nej	Er du i behandling med?	Ja	Nej
Sukkersyge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blodfortyndende medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertesygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hjerte/blodtryksmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodtryksforandring (højt eller lavt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Binyrebarkhormon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knogleskørhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervemedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leverbetændelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicin imod knogleskørhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anden medicin: <input type="text"/>		
Gigtfeber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Blødersygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tidligere strålebehandling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma eller allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tidligere kemoterapi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi/overfølsomhed overfor penicillin eller anden medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har du fået påvist MRSA (Resistente bakterier)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anden sygdom: <input type="text"/>			Tidligere ubehag efter lokalbedøvelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Tidligere langvarig blødning efter tandudtrækning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryger du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Er du gravid eller ammer du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, angiv antal cigaretter dagligt:	<input type="text"/>				

Andre helbredsoplysninger?

Hvis du tager medicin, angiv venligst navn, dosis, og hvorfor du får denne medicin?

Navn

Dosis

Hvorfor får du denne medicin?

Beskriv hvorfor du er henvist (hvornår og hvordan startede dit problem, hvordan har det udviklet sig, er der evt. foretaget nogen behandling, hvordan er dit problem på nuværende tidspunkt)?

Jeg bekræfter hermed, at Tandlæge Otto Schmidt kan sende min regning via e-Boks

Ja Nej

Jeg bekræfter hermed, at Tandlæge Otto Schmidt kan udveksle journaloplysninger med min tandlæge, læge eller sygehus, såfremt det er væsentligt for min behandling

Ja Nej

Dato

Underskrift