

Namn
Adress
Telefonnummer

Allergier (mediciner, födoämnen, gummi)
Har det varit problem med lokalbedövning?
Sjukdomar
Regelbunden medicinering
Har du sjukdomar som sprids via blodet (ex. hepatit, HIV, sjukhusbakterie)?
Har du artificiellt material inplanterat (ex. ledprotes, blodkärlsprotes, pace-maker)?
Har du fått strålbehandling på huvudet eller halsens område?
Är du gravid?

Är du rädd för tandvård?
Röker du eller använder du snus? Hur ofta?
Hur ofta borstar du tänderna? Har du elektrisk tandborste?
Hur ofta putsar du tandmellanrummen? Hur?

Övrig information
