|  |
| --- |
| **HENVISNING TIL ”SMILET” – Tilbud om tandpleje til socialt udsatte borgere****Henvisningen sendes/mailes til:**Tandplejen, Skive KommuneRESENVEJ 25, PLAN 57800 SKIVEtana@skivekommune.dkTlf. 99156882 |

|  |  |
| --- | --- |
| Navn: | CPR. nr.: |
| Adresse: | Mobilnummer: |
| Kontaktperson/mentor | Mobilnummer: |
| Bemærkninger: | Dato: |
| **Egen læge (navn, adresse og tlf. nr.):** |

|  |
| --- |
| **Helbred** |
| **Afkryds** | **Ja** | **Nej** |  |
| Problemer med hjertet? |  |  | Hvilke? |
| Tidligere haft blodprop? |  |  | Hvor? |
| Forhøjet blodtryk? |  |  |  |
| Luftvejslidelse (KOL, astma, bronkitis eller andet)? |  |  | Hvilke? |
| Sukkersyge? |  |  | Type? |
| Penicillinallergi el. anden allergi? |  |  | For hvad? |
| Epilepsi? |  |  |  |
| Demens, Alzheimer ? |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Afkryds** | **Ja** | **Nej** |  |
| Har/har haft infektionssygdomme (ex. HIV, AIDS, leverbetændelse, MRSA)? |  |  | Hvilke? |
| Andre sygdomme |  |  | Hvilke? |
| Psykiske diagnoser |  |  | Hvilke? |
| Knogleskørhed? |  |  |  |
| Har der tidligere været langvarig blødning eller problemer med heling efter tandudtrækning? |  |  |  |
| **Medicin** |
| **Afkryds** | **Ja** | **Nej** |  |
| Har fået/får blodfortyndende medicin? |  |  |  |
| Har fået/får vanddrivende medicin? |  |  |  |
| Har fået/får medicin mod knogleskørhed? |  |  |  |
| Andet fast medicin? |  |  | Hvis ja – Hvilken? |
| **Livsstilsvaner** |
| Dagligt tobaksforbrug? |  |
| Ugentligt alkoholforbrug? |  |
| Eventuelt misbrug, hvilket? |  |
| Andet? (fx adfærdsproblemer) |  |