

FÖRHANDSUPPGIFTER FÖR ANESTESI

Vi ber Er på förhand fylla i denna blankett och kryssa i de rutor som berör Er eller Ert barns hälsotillstånd.

Vi behöver dessa uppgifter för att kunna ge Er eller Ert barn en trygg anestesi.

*****All information behandlas konfidentiellt, och informationen ges inte till utomstående*****

PATIENTENS

Släktnamn: _____ Förnamn: _____

Address: _____

Postnummer: _____ Kommun: _____

Telefonnummer: _____

Patientens Vårdnadshavarens Vårdnadshavarens namn: _____

E-postadress: _____

(Ifall patienten är barn, vårdnadshavarens telefonnummer och e-postadress)

Personbeteckning: _____

Ålder: _____ Längd: _____ Vikt: _____

1. Har Ni (eller Ert barn) blivit nedsövd eller bedövd tidigare? Ja Nej

När och varför? _____

2. Var det något avvikande med nedsövningen eller bedövningen? Ja Nej

Vad? _____

3. Har Ni (eller Ert barn som kommer för vård) sjukdomar? Ja Nej

Vad? _____

4. Använder Ni mediciner regelbundet? Vilka mediciner? Läkemedlets namn och dosering:

5. Har Ni (eller barn som kommer för vård) allergi eller överkänslighet?

Vad? _____

6. Har Ni proteser/broar/skal/stift(implanterade tänder) eller smycken i munområdet? Ja Nej

7. Röker Ni regelbundet? Ja Nej

8. Är ni gravid? Ja Nej

9. Lider Ni/Patienten av åksjuka eller har Ni/Patienten tidigare haft illamående efter operationer?

Ja Nej

10. Är det något annat, angående nedsövningen eller bedövningen Ni vill att vi tar i beaktande?

Jag intyger att ovannämnda förhandsuppgifter är korrekta

Plats och datum:

Underskrift :

Namnförtydligande:

Följeslagarens namn:

Följeslagarens telefonnummer:

Returnera färdigt ifyllda blanketter till tandvårdskliniken.