

Mina Uppgifter

Namn: Personnr:

Adress: Postnummer: Ort:

Telefon: Mobil:

Yrke: Accepterar kallelse via sms

E-post:

Hur har du hittat hit?

Fråga

Nej Ja

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 Har du någon hjärt- eller kärlsjukdom (hjärtinfarkt, stroke, biljud, hjärtklaffsbesvär)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Har du lätt för att blöda? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Har du högt blodtryck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Har du någon blodsmitta (HIV, Hepatit)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Tål du penicillin / lokalbedövning? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Har du någon allergi/överkänslighet, astma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 Har du någon annan sjukdom, ex diabetes, epilepsi, ledbesvär? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 Har du någon gång blivit strålbehandlad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 Äter du några mediciner, i så fall vilka? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 Känner du dig muntorr? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 Är du gravid? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 Snarkar du? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 Har du ofta huvudvärk? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 Röker eller snusar du? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 Har du någon gång fått ett kraftigt slag mot tänderna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 Gnisslar eller pressar du tänderna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 Övrigt | | |

Härmed intygas att ovanstående uppgifter är korrekta

.....