



Förhandsuppgifter om barn i skolåldern för tandvården

Uppgifterna är konfidentiella

Ankomstdatum:

PATIENTENS UPPGIFTER

Barnets namn	Personbeteckning	
Adress	Hemtelefon	
Skola	Klass	Barnets telefonnummer

Tidigare tandvård, år

Har barnet någon allmänsjukdom (såsom diabetes, hjärtfel, astma, njursjukdom, reumatism, hepatit eller annan sjukdom), vilken? Har hen något annat som bör beaktas (såsom en funktions- eller annan nedsättning), vilken?

Får barnet regelbunden läkemedelsbehandling

nej ja, vad

Är barnet allergiskt mot något (såsom penicillin)

nej ja, vad

Blöder barnet lätt

Annat för tandvården att beakta

VANOR OCH FAKTORER SOM PÅVERKAR MUNHÄLSAN

Tandborstning

2 gånger per dag eller oftare en gång per dag mindre än en gång per dag

Använder barnet

fluortandkräm dagligen nej ja

annat fluorpreparat nej ja

xylitoluggummi eller -pastiller nej ja

Barnet äter dagligen

frukost lunch middag mellanmål gånger per dag

Måltidsdryck**Törstsläckare**

Barnets användning av sötsaker	dagligen	2–4 gånger i veckan	en gång i veckan	mer sällan eller inte alls
--------------------------------	----------	---------------------	------------------	----------------------------

juice

sötade safter, kakao, teer

mineralvatten, läskedrycker

energidrycker

söta bakverk

sötsaker

andra söta godsaker, vilka

Tupakointi

ingen betydande exponering för tobaksrök

betydande passiv rökning

rökning dagligen

stycken per dag

sporadisk rökning

DATUM OCH UNDERSKRIFTER

Datum

Barnets underskrift

Barnets underskrift

Vårdnadshavarens underskrift

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Telefonnummer dagtid

Telefonnummer dagtid