

Fylles ut av nye klienter

Navn:..... Fødselsdato:.....

Adresse:.....

Postnr/sted: ..... Yrke:.....

Telefon:..... Epost:.....

Primær ønsket for behandling:.....

Andre helseplager:.....

Har du vært i kontakt med lege i forbindelse med dette problemet?  Ja  Nei

Kun for kvinner: Er du gravid? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Bruker du p-pille, hormonspiral, p-plaster eller liknende? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
---

Røyker du?  Ja  Nei

Finnes det fremmedlegemer i kroppen?

Kunstig ledd  Nagler  Spiral  Pacemaker  Silikon  Kontaktlinser

Piercing  Amalgam i tennene

Annet:.....

Har du rotfylling?  Ja  Nei Har du hatt andre tann problemer?  Ja  Nei

Tidligere eller nåværende sykdommer:

Epilepsi  Kreft  Diabetes

Hvilke medisiner bruker du? .....

.....

Hvilke operasjoner har du gjennomgått? .....

.....

Du må ikke endre dosering av medisiner foreskrevet av lege.

Oppsatt time må avbestilles senest virkedagen før, ellers må timen betales fullt.

Dato:..... Signatur:.....

For mindreårige signerer en av de foresatte.