

Personnummer: _____ Kategori: N1 N2 N3 N4

Namn _____ Adress/Boende _____

Adress _____ Objektnummer _____

1. Anamnes

<p>Smärta Har du eller brukar du ha ont från munnen?</p> <p><input type="checkbox"/> (Nej) Har inte ont/känner inte smärta</p> <p><input type="checkbox"/> (Ja) Har ont/känner smärta. Tänder eller munhåla <u>är inte orsak</u> till detta</p> <p><input type="checkbox"/> (Ja) Har ont/känner smärta. Tänder och munhåla <u>är orsaken</u></p> <p><input type="checkbox"/> Går inte att avgöra/Vet ej</p>	<p>Tuggförmåga Kan du äta normalkost (köttbullar, potatis och smörgås)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, utan svårighet</p> <p><input type="checkbox"/> Nej, inte alls eller med viss svårighet beroende på bristande mun- och tandstatus.</p> <p><input type="checkbox"/> Nej, inte alls eller med viss svårighet beroende på <u>andra orsaker</u></p>
--	---

2. Tandstatus

<p>Egna tänder (anges med siffror)</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Antal tänder i ök <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Antal tänder i uk</p>	<p>Avtagbar protes (som används)</p> <p>Förekomst i ök Förekomst i uk</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Nej</p>
<p>Implantat</p> <p>Förekomst i ök Förekomst i uk</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Nej</p>	<p>Bedömning Munhygien</p> <p><input type="checkbox"/> Bra</p> <p><input type="checkbox"/> Dålig</p>

3. Behov av nödvändig tandvård Bör pat hänvisas för akut us/behandl på tandvårdsklinik pga. en eller flera av nedanstående skador/sjukdomstillstånd? (frågan gäller **inte behov av revisionstadvård** – det bör alla få regelbundet)

<p>Karies</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, t.ex. öppna kaviteter, frakturerade tänder/fyllningar</p>	<p>Parodontalt</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, t.ex. ökad mobilitet gr. 2 eller mer, pusflöde, spontanblödning.</p>
--	--

<p>Slemhinna</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, t.ex. symtomgivande besvär fr. slemhinna, sår, svampväxt</p>	<p>Avtagbar protetik</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, protes behövs men fungerar inte pga. t.ex. skavsår, problem vid tuggning eller tal</p>
--	--

Patientens/ombudets önskemål om akut behandling (pga. fynd ovan) Ja Nej Inga akuta behov

<p>Regelbunden tandvårdskontakt finns</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej</p>	<p>Om Ja, Klinikens namn och telefonnr.</p>
--	--

<p>Datum</p> <p>Namnunderskrift</p>	<p>Klinik/företagsstämpel</p>
---	--------------------------------------