Klinik / stempel

Helbredsskema og samtykke til tandbehandling

Kundens oplysninger

For- og efternavn

Fødselsdato

Telefon

Dato

PATIENTENS HELBREDSOPLYSNINGER / SAMTYKKE TIL TANDBEHANDLING

Vigtigt — fortæl det til tandlægen før behandlingen

- Bisfosfonater (risiko for osteonekrose i kæben — du SKAL oplyse det!)
- Pacemaker eller kunstige hjerteklapper
- Hæmofili og blodets størkningsforstyrrelser
- Graviditet (især 1. og 3. trimester — bedøvelse bruges med forsigtighed)
- Allergi over for lidocain / articain (lokalbedøvelse)
- Aktivt forkølelsessår i eller omkring munden
- Brug af blodfortyndende medicin (f.eks. præparater med acetylsalicylsyre, Xarelto, warfarin, Eliquis)
- Hjerteanfald eller slagtilfælde inden for de seneste 6 måneder
- Autoimmune sygdomme (leddegigt, Sjögrens syndrom)

HELBREDSSKEMA — skal udfyldes. At fortie oplysninger kan bringe patientens helbred og liv i fare.

Hjertesygdomme (hjerteanfald, forhøjet blodtryk, klapfejl, iskæmisk hjertesygdom) eller et hjerteanfald/slagtilfælde inden for de seneste 6 måneder? ☐ Ja ☐ Nej

Pacemaker eller kunstige hjerteklapper? ☐ Ja ☐ Nej

Blodsygdomme (blodmangel, hæmofili, størkningsforstyrrelser)? ☐ Ja ☐ Nej

Diabetes, sygdom i skjoldbruskkirtlen, astma? ☐ Ja ☐ Nej

Smitsomme sygdomme (hepatitis B/C, hiv, tuberkulose)? ☐ Ja ☐ Nej

Graviditet? ☐ Ja ☐ Nej

Hvis JA — hvilken graviditetsuge

Allergier over for medicin / latex / metaller (angiv hvilke, eller skriv INGEN)

Blodfortyndende medicin (f.eks. præparater med acetylsalicylsyre, Xarelto, warfarin, Eliquis)? ☐ Ja ☐ Nej

☐ KNOGLESKØRHED / bisfosfonater — hvis det ikke oplyses, er der risiko for osteonekrose i kæben!

Har du tidligere haft en allergisk reaktion på lokalbedøvelse? ☐ Ja ☐ Nej

Liste over fast medicin

SAMTYKKE TIL BEHANDLING — Jeg giver mit informerede samtykke til en undersøgelse af munden, lokalbedøvelse, røntgendiagnostik og den foreslåede behandlingsplan. Tandlægen har fuldt ud informeret mig om det planlagte indgreb, mulige komplikationer, alternative behandlingsmuligheder og de forventede omkostninger. Alle de helbredsoplysninger, jeg har givet, er sande. Jeg forstår, at en patient efter dansk ret (§ 17 i sundhedsloven) som udgangspunkt selv kan give samtykke til behandling fra 15-årsalderen, med forbehold for behandlerens vurdering af patientens evne til at forstå konsekvenserne; under denne alder gives samtykket af en forælder eller værge.

☐ *Jeg giver samtykke til, at de anbefalede røntgenbilleder tages. Jeg er informeret om, at det indebærer brug af ioniserende stråling til diagnostiske formål, hvilket medfører en minimal helbredsrisiko.*

☐ *Jeg giver mit informerede samtykke til tandbehandlingen og til lokalbedøvelse (sundhedsloven)*

☐ *Jeg bekræfter, at jeg har læst ovenstående oplysninger om behandling af mine helbredsoplysninger med henblik på diagnose og behandling*

OPLYSNING: Dine kontaktoplysninger er nødvendige for, at din behandlingsplan kan gennemføres gnidningsfrit. Klinikken forbeholder sig ret til at kontakte dig i forbindelse med behandlingen og af administrative grunde (artikel 6, stk. 1, litra b, og artikel 9, stk. 2, litra h, i GDPR).

☐ *Jeg giver samtykke til at blive kontaktet med markedsføring (nyhedsbrev, forebyggelseskampagner, tilbud) — samtykket er frivilligt og kan til enhver tid trækkes tilbage*

ERKLÆRING EFTER GDPR — Jeg bekræfter, at jeg er blevet informeret om, at dataansvarlig for mine oplysninger er _____, _____, CVR-nr.: _____. Mine helbredsoplysninger behandles med henblik på diagnose og behandling af en sundhedsperson med tavshedspligt (artikel 9, stk. 2, litra h, i GDPR, sammenholdt med § 7 i databeskyttelsesloven). Min tandlægejournal opbevares i mindst 10 år fra datoen for den seneste indførelse, jf. § 15 i bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføringsbekendtgørelsen, BEK nr. 530 af 24. maj 2018) — og længere, hvis en klage eller et erstatningskrav vedrørende behandlingen verserer. Jeg har ret til indsigt, berigtigelse, sletning og begrænsning af behandlingen samt ret til at klage til Datatilsynet. Retten til sletning omfatter ikke den patientjournal, som klinikken efter loven er forpligtet til at opbevare.

Dato

Patientens underskrift (helbredsskema, samtykke til behandling og GDPR)

Vejledning efter tandudtrækning / tandkirurgi

VEJLEDNING EFTER TANDUDTRÆKNING / KIRURGI — Læs og bekræft hvert punkt. Hvis du ikke følger vejledningen, kan det føre til en komplikation, der kræver et nyt besøg.

1. GAZE: Bid sammen om gazen i 30–40 minutter uden at spytte den ud. Let sivning i nogle timer er normalt. Hvis blødningen fortsætter i mere end 1 time — brug ny gaze, og kontakt klinikken.

☐ Jeg forstår vejledningen om at bide på gazen og ved, hvornår jeg skal kontakte klinikken

2. MAD: Spis og drik ikke i 2 timer (indtil bedøvelsen har fortaget sig). I 24 timer: kold, blød kost (yoghurt, suppe). Undgå varme drikke.

☐ Jeg forpligter mig til ikke at spise i 2 timer og til at holde en kold, blød kost i 24 timer efter indgrebet

3. STRENGT FORBUDT i 24–48 timer: rygning, at drikke gennem sugerør, hård fysisk træning og mundskylning. Alt dette kan give tør alveole — en meget smertefuld tilstand, der kræver yderligere behandling.

☐ Jeg forstår og forpligter mig til nøje at undgå rygning, at drikke gennem sugerør og hård træning i mindst 24 timer

4. HYGIEJNE: Børst tænder som normalt, men undgå det behandlede område. Fra næste dag: skyl forsigtigt med saltvand efter måltider. Undgå mundskyllemiddel med alkohol.

☐ Jeg forstår vejledningen om tandbørstning og mundskylning efter det kirurgiske indgreb

5. MEDICIN: Tag smertestillende/antibiotika som ordineret af tandlægen. Undgå acetylsalicylsyre (øger blødningen). Hvis smerterne bliver værre efter dag 3 — kontakt straks klinikken.

☐ Jeg tager min medicin som ordineret og kontakter klinikken, hvis smerterne bliver værre efter dag 3

Dato

Patientens underskrift (modtagelse af vejledning efter tandudtrækning)