Mottagning / stämpel

Hälsodeklaration och samtycke till tandbehandling

Kundens uppgifter

För- och efternamn

Födelsedatum

Telefon

Datum

PATIENTENS HÄLSODEKLARATION / SAMTYCKE TILL TANDBEHANDLING

Viktiga kontraindikationer – berätta för tandläkaren före behandlingen

- Bisfosfonater (risk för osteonekros i käken – MÅSTE uppges!)
- Pacemaker eller konstgjorda hjärtklaffar
- Blödarsjuka (hemofili) och andra koagulationsrubbningar
- Graviditet (särskilt första och tredje trimestern – bedövning ges med försiktighet)
- Allergi mot lidokain / artikain (lokalbedövningsmedel)
- Aktiva munsår (herpes) i eller runt munnen
- Blodförtunnande läkemedel (t.ex. Waran, Xarelto, Eliquis)
- Hjärtinfarkt eller stroke under de senaste 6 månaderna
- Autoimmun sjukdom (reumatoid artrit, Sjögrens syndrom)

HÄLSODEKLARATION – måste fyllas i. Att undanhålla uppgifter kan äventyra patientens hälsa och liv.

Hjärtsjukdom (hjärtinfarkt, högt blodtryck, klaffsjukdom, kranskärlssjukdom) eller hjärtinfarkt/stroke under de senaste 6 månaderna? ☐ Ja ☐ Nej

Pacemaker eller konstgjorda hjärtklaffar? ☐ Ja ☐ Nej

Blodsjukdomar (blodbrist, blödarsjuka, koagulationsrubbningar)? ☐ Ja ☐ Nej

Diabetes, sköldkörtelsjukdom, astma? ☐ Ja ☐ Nej

Smittsam sjukdom (hepatit B/C, hiv, tuberkulos)? ☐ Ja ☐ Nej

Graviditet? ☐ Ja ☐ Nej

Om JA – vilken graviditetsvecka

Allergi mot läkemedel / latex / metaller (ange vilka, eller skriv INGA)

Blodförtunnande läkemedel (t.ex. Waran, Xarelto, Eliquis)? ☐ Ja ☐ Nej

☐ BENSKÖRHET (OSTEOPOROS) / bisfosfonater – om du inte uppger det finns risk för osteonekros i käken!

Har du någon gång fått en allergisk reaktion på lokalbedövning? ☐ Ja ☐ Nej

Läkemedel som du tar regelbundet

SAMTYCKE TILL BEHANDLING – Jag ger mitt informerade samtycke till undersökning av munhålan, lokalbedövning, röntgendiagnostik och den föreslagna behandlingsplanen, i enlighet med patientlagen (2014:821). Tandläkaren har ingående informerat mig om den planerade behandlingen, möjliga komplikationer, alternativa behandlingsmetoder och de beräknade kostnaderna. Alla hälsouppgifter som jag har lämnat är sanna.

☐ *Jag samtycker till att de rekommenderade röntgenbilderna tas. Jag har informerats om att joniserande strålning används i diagnostiskt syfte, i enlighet med strålskyddslagen (2018:396), och att det medför en minimal hälsorisk.*

☐ *Jag ger mitt informerade samtycke till tandbehandlingen och till lokalbedövning (patientlagen, 2014:821)*

☐ *Jag bekräftar att jag har läst informationen ovan om behandlingen av mina hälsouppgifter för diagnos och behandling*

Dina kontaktuppgifter behövs för att behandlingsplanen ska kunna genomföras smidigt. Mottagningen förbehåller sig rätten att kontakta dig i behandlings- och administrativa syften (artikel 6.1 b och artikel 9.2 h i dataskyddsförordningen (GDPR)).

☐ *Jag samtycker till att bli kontaktad i marknadsföringssyfte (nyhetsbrev, förebyggande kampanjer, erbjudanden) – frivilligt samtycke som jag kan återkalla när som helst*

FÖRSÄKRAN ENLIGT GDPR – Jag bekräftar att jag har informerats om att personuppgiftsansvarig för mina uppgifter är _____, registrerad adress: _____, organisationsnummer: _____. Mina hälsouppgifter behandlas för diagnos och behandling av hälso- och sjukvårdspersonal med tystnadsplikt (artikel 9.2 h i dataskyddsförordningen, GDPR). Min patientjournal bevaras i minst 10 år efter den senaste anteckningen, enligt 3 kap. 17 § patientdatalagen (2008:355). Jag har rätt till tillgång, rättelse, radering och begränsning av behandlingen samt rätt att lämna klagomål till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY). Rätten till radering omfattar inte den patientjournal som mottagningen enligt lag är skyldig att bevara.

Datum

Patientens underskrift (hälsodeklaration, samtycke till behandling och GDPR)

Råd efter tandutdragning / tandkirurgi

RÅD EFTER TANDUTDRAGNING / KIRURGI – Läs och bekräfta varje punkt. Om du inte följer råden kan det leda till en komplikation som kräver ett nytt besök.

1. KOMPRESS: Bit ihop ordentligt om kompressen i 30–40 minuter utan att spotta ut den. Lätt sipprande blödning i några timmar är normalt. Om blödningen fortsätter i mer än 1 timme – lägg en ny kompress och kontakta mottagningen.

☐ Jag förstår hur jag ska bita på kompressen och vet när jag ska kontakta mottagningen

2. MAT: Ät och drick inte på 2 timmar (tills bedövningen har släppt). Under 24 timmar: kall, mjuk kost (yoghurt, soppa). Undvik varma drycker.

☐ Jag åtar mig att inte äta på 2 timmar och att äta kall, mjuk kost i 24 timmar efter behandlingen

3. STRIKT FÖRBJUDET i 24–48 timmar: rökning, att dricka med sugrör, hård fysisk träning och att skölja munnen. Allt detta kan orsaka torrt tandhål (alveolit) – ett mycket smärtsamt tillstånd som kräver ytterligare behandling.

☐ Jag förstår detta och åtar mig att strikt undvika rökning, att dricka med sugrör och hård träning i minst 24 timmar

4. MUNHYGIEN: Borsta tänderna som vanligt, men undvik det behandlade området. Från och med nästa dag: skölj försiktigt med saltvatten efter måltid. Undvik munskölj som innehåller alkohol.

☐ Jag förstår hur jag ska borsta tänderna och skölja munnen efter det kirurgiska ingreppet

5. LÄKEMEDEL: Ta smärtstillande/antibiotika enligt tandläkarens ordination. Undvik acetylsalicylsyra (ökar blödningen). Om smärtan tilltar efter dag 3 – kontakta mottagningen omedelbart.

☐ Jag tar läkemedlen enligt ordination och kontaktar mottagningen om smärtan tilltar efter dag 3

Datum

Patientens underskrift (mottagna råd efter tandutdragning)