

Personnummer: _____ Kategori: N1 N2 N3 N4
 Namn _____ Adress/Boende _____
 Adress _____ Objektnummer _____

1. Anamnes

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

2. Tandstatus

Egna tänder (anges med siffror) ☐ ☐ Antal tänder i ök ☐ ☐ Antal tänder i uk	Avtagbar protes (som används) Förekomst i ök Förekomst i uk ☐ Ja ☐ Ja ☐ Nej ☐ Nej
Implantat Förekomst i ök Förekomst i uk ☐ Ja ☐ Ja ☐ Nej ☐ Nej	Bedömning Munhygien ☐ Bra ☐ Dålig

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 revisionstandvård** – det bör alla få regelbundet)

Karies ☐ Nej ☐ Ja, t.ex. öppna kaviteter, frakturerade tänder/fyllningar	Parodontalt ☐ Nej ☐ Ja, t.ex. ökad mobilitet gr. 2 eller mer, pusflöde, spontanblödning.
Slemhinna ☐ Nej ☐ Ja, t.ex. symtomgivande besvär fr. slemhinna, sår, svampväxt	Avtagbar protetik ☐ Nej ☐ Ja, protes behövs men fungerar inte pga. t.ex. skavsår, problem vid tuggning eller tal
Patientens/ombudets önskemål om akut behandling (pga. fynd ovan) ☐ Ja ☐ Nej ☐ Inga akuta behov	
Regelbunden tandvårdskontakt finns ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej	Om Ja, Klinikens namn och telefonnr.
Datum Namnunderskrift	Klinik/företagsstämpel