

Velkommen



Irene Westergaard
Klinisk Tandtekniker

Vestre Allé 9 • Skipperen • 9000 Aalborg
www.irenetænder.dk
Tlf. 98 13 40 62

Til brug for oprettelse og opdatering af din journal,
vil vi gerne bede om følgende oplysninger:

Personoplysninger

Fornavn:	Cpr nr.:
Efternavn:	Stilling:
Adresse:	Telefon, privat:
Postnummer:	Telefon, arbejde:
By:	E-mail:
Må e-mail bruges til information og markedsføring?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du udvidet helbreds kort (tilskud fra kommunen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Procent:
Medlem af "Danmark"?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Gruppe:
Tandlæge:	

For at kunne yde dig en korrekt behandling, vil vi bede dig udfylde skemaet med helbredsoplysninger.

Det er vigtigt at skemaet udfyldes så præcist som muligt. Spørg evt. klinikken medarbejdere. Det understreges, at oplysningerne behandles fortroligt, og at ingen vil blive afvist på klinikken på grund af de afgivne oplysninger.

Helbredsoplysninger

Har du tidligere fået tandprotese? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> i overkæbe <input type="checkbox"/> i underkæbe	Har du eller har du haft følgende sygdomme:
Hvor gammel er den? år	a) Hjertebetændelse <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Går du for tiden til kontrol hos læge eller på hospital? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	b) Fået kunstig hjerteklap <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Får du i øjeblikket medicin (tabletter, injektion el. lign.)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	c) Sukkersyge <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hvornår har du sidst været hos tandlægen? År	d) Forhøjet blodtryk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du tendens til at bløde i lang tid efter behandling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	e) Epilepsi <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Er du overfølsom overfor bestemte stoffer? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	f) Blodmangel (anæmi) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hvis ja, hvilke stoffer:	g) Astma eller høfeber <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	h) Smitsom leverbetændelse (Hepatitis) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	i) AIDS <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	j) Smittet med MRSA <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	k) Knogleskørhed (osteoporose) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	l) Andre sygdomme/tilstande <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Nævn dem:
Lider du af <input type="checkbox"/> Hovedpine <input type="checkbox"/> Ømhed ved kæbeled <input type="checkbox"/> Nakkesmerter	
Andre oplysninger, som du mener kan være vigtige for din behandling:	

Jeg giver mit samtykke til indsamling og behandling af mine persondata, herunder nødvendige helbredsoplysninger, til brug for undersøgelse og behandling hos kliniske tandteknikere. Jeg er blevet oplyst om, at mine persondata ikke videregives. Jeg er også blevet oplyst om, at jeg har ret til at trække mit samtykke tilbage og at det er frivilligt at underskrive. Jeg er blevet oplyst om, at jeg har ret til at se, rette og få mine data udleveret. Mine rettigheder efter persondataloven er beskrevet i virksomhedens privatlivspolitik og jeg vil kunne få mere at vide ved at spørge på klinikken. Jeg er blevet oplyst om, at jeg kan klage over behandling af mine personoplysninger til Datatilsynet, Borgergade 28, 1300 København K, tlf.: 33193200, eller via email: dt@datatilsynet.dk.

Dato

Underskrift