

Anamneseskema – behandles fortroligt

Cpr.nr. _____

Fornavn _____ Efternavn _____

Underskrift _____ Dato _____

Kontaktperson: navn, telefonnummer og mailadresse _____

Du giver med din underskrift tilladelse til, at vi må bruge dine data til behandlingen samt lave opslag i Fælles Medicin Kort (FMK).

Yderligere information af betydning for behandlingen:

Har du et misbrug _____ JA _____ NEJ _____

-hvis ja, hvilket misbrug: _____

Psykisk sygdom _____ JA _____ NEJ _____

-hvis ja, hvilken sygdom: _____

Vi glæder os til at se dig til undersøgelsen og tandbehandlingen! Hilsen HjemmeTandplejen.