



Personnummer: Grupp: N1 N2 N3 N4

Namn: Boende:

Adress:

### 1. Anamnes

#### **Smärta**

Har du eller brukar du ha ont från munnen?

- 1.  (Nej) Har inte ont/känner inte smärta
- 2.  (Ja) Har ont/känner smärta. Tänder eller munhåla **är inte orsak** till detta
- 3.  (Ja) Har ont/känner smärta. Tänder och munhåla **är orsaken**
- 4.  Går inte att avgöra/Vet ej

#### **Tuggförmåga**

Kan du äta normalkost (köttbullar, potatis och smörgås)?

- 1.  Ja, utan svårighet
- 2.  Nej, inte alls eller med viss svårighet beroende på bristande mun- och tandstatus.
- 3.  Nej, inte alls eller med viss svårighet beroende på **andra orsaker**

### 2. Tandstatus

**Egna tänder** (anges med siffror)

Antal tänder i ök  Antal tänder i uk

#### **Implantat**

Förekomst i ök Förekomst i uk

- 1.  Ja 1.  Ja
- 2.  Nej 2.  Nej

**Avtagbar protes** (som används)

Förekomst i ök Förekomst i uk

- 1.  Ja 1.  Ja
- 2.  Nej 2.  Nej

#### **Bedömning Munhygien**

- 1.  Bra
- 2.  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 revisionstadvård** – det bör alla få regelbundet)

#### **Karies**

- 1.  Nej
- 2.  Ja, t.ex. öppna kaviteter, frakturerade tänder/fyllningar

#### **Parodontalt**

- 1.  Nej
- 2.  Ja, t.ex. ökad mobilitet gr. 2 eller mer, pusflöde, spontanblödning

#### **Slemhinna**

- 1.  Nej
- 2.  Ja, t.ex. symtomgivande besvär fr. slemhinna, sår, svampväxt

#### **Avtagbar protetik**

- 1.  Nej
- 2.  Ja, protes behövs men fungerar inte pga. t.ex. skavsår, problem vid tuggning eller tal

**Patientens/ombudets önskemål om akut behandling** (pga fynd ovan) 1.  Ja 2.  Nej

**Klinik/företagsstämpel**

**Namn**

**Datum**