

# REBUS 1990 Medicinsk anamnes

(Dentala kohorten)

1. Är ert allmänna hälsotillstånd bra, mindre bra, dåligt?
2. Har ni under de senaste åren besökt läkare?  
om ja: när? För vad?
3. Har ni behandlats på sjukhus?  
om ja: när? För vad?

Har ni/har ni haft någon/några av följande sjukdomar:

4. Allergi/överkänslighet
5. Astma
6. Hjärt- kärlsjukdom
7. Lungsjukdom
8. Diabetes
9. Reumatisk sjukdom/värk från leder och/eller muskler
10. Mag-/tarm sjukdom/besvär
11. Hudsjukdom/besvär
12. Tumörsjukdom
13. Smittsam blodsjukdom
14. Könssjukdom
15. Njursjukdom/besvär från urinvägarna
16. Nervösa/psykiska besvär
17. Öronbesvär
18. Ögonbesvär
19. Annan sjukdom

Har ni någon gång fått:

20. Strålbehandling
21. Cytostatika
22. Immunosuppressiva
23. Transplantat

Medicinerar ni eller har ni medicinerat under de senaste 6 månaderna med:

24. Insulin
25. Cortison
26. Blodförtunnande
27. Smärtstillande
28. Lugnande
29. BT-nedsättande
30. Annat

31. Är ni gravid?
32. Har ni varit gravid någon gång?
33. Använder ni eller har ni använt p-piller?
34. Använder ni eller har ni använt hormonpreparat?

Har ni eller har ni haft något/några av följande besvär?

35. Käkledsljud av någon form
36. Trötthets-/stelhetskänsla i käkarna
37. Svårt att gapa stort
38. Smärta vid gapning eller andra rörelser

39. Värk av icke dental genes i ansikte eller käkar
40. Låsningar, upphakningar, luxationer