



FRÅGOR OM MUNHÄLSA OCH MUNFUNKTION

Frågorna är ställda till dig även om någon annan svarar i ditt ställe. Ibland kan de besvaras av föräldrar, vårdpersonal eller någon annan, men alla frågorna handlar om dig. En del frågor kan upplevas som svåra att svara på eller som om de inte alls passar in på dig. Det beror på att frågorna ska täcka in ett brett område och att samma frågor ställs till alla oavsett ålder. Försök att svara på alla frågorna.

Namn..... Personnr.....

Adress..... Postadress.....

Telefon.....

Vårdnadshavares namn för barn under 18 år.....

God mans namn (i förekommande fall).....

Vem har fyllt i frågeformuläret?

jag själv anhörig kontaktperson/vårdpersonal annan

Datum när frågeformuläret fylls i.....

FRÅGOR OM DIAGNOS OCH MEDICINERING

1. Vilken/vilka diagnoser har du?

.....

2. Vilka mediciner använder du regelbundet ? ..(Ange medicinens namn.)

.....

.....

3. Vilken/vilka läkare ansvarar för din behandling/medicinering?

.....

4. Har du någon av följande diagnoser eller funktionsnedsättningar?

- Medfött hjärtfel* nej ja, vilken typ.....
- Annan hjärt-kärlsjukdom* nej ja, vad.....
- Behov av andningsunderstöd* nej ja, vilken typ
 syrgas respirator trakeostomi CPAP
- Allergi* nej ja, mot vad
- Astma* nej ja
- Epilepsi* nej ja
- Blodsmitta som gulsot, HIV* nej ja
- ADHD/DAMP* nej ja
- Tourette syndrom* nej ja
- Asperger syndrom* nej ja
- Autistiskt syndrom* nej ja
- Autistiska drag* nej ja
- Utvecklingsstörning* nej ja, ringa ja, måttlig ja, grav
- Motorisk funktionsnedsättning* nej ja, ringa ja, måttlig ja, grav
- Synnedsättning* nej ja, ringa ja, måttlig ja, grav
- Hörselnedsättning* nej ja, ringa ja, måttlig ja, grav
- Kommunikationssvårigheter* nej ja, ringa ja, måttlig ja, grav
- Annat funktionshinder* nej ja, vad.....

FRÅGOR OM TANDVÅRD OCH MUNHÄLSA

5. Tycker du att du får den tandvård du behöver?

- ja, i hög grad
- ja, i viss mån
- nej, inte särskilt
- nej, inte alls

6. Vad heter din ordinarie tandläkare?

.....Ort.....

7. Hur många gånger per år brukar du besöka tandvården?

- mindre än 1 gång per år
- 1 gång per år
- 2 gånger per år
- 3 eller fler gånger per år

8. När röntgades dina tänder senast?

- under de senaste två åren
- för mer än två år sedan
- har aldrig röntgat tänderna

9. Har du ont från munnen?

- nej
- ja

10. Känner du dig torr i munnen?

- nej
- ja

11. Sköter du dina tänder på ett bra sätt?

- ja, i hög grad
- ja, i viss mån
- nej, inte särskilt
- nej, inte alls

12. Vem borstar dina tänder?

- jag borstar alltid själv
- jag får alltid hjälp av någon annan
- jag borstar själv ibland, och ibland får jag hjälp

13. Hur ofta borstas dina tänder?

- mer sällan än varje dag
- 1 gång per dag
- 2 gånger per dag
- 3 eller flera gånger per dag

14. Vad använder du för att sköta dina tänder?

Flera svarsalternativ kan kryssas för

- vanlig tandborste
- dubbeltandborste
- eltandborste
- tandstickor eller tandtråd
- hjälpmedel för att underlätta gapning, till exempel bitstöd, spatel
- hjälpmedel för att komma ihåg, till exempel bildstöd eller text/bilder
- annat.....

15. Använder du tandkräm?

- nej, aldrig
- ibland
- ja, alltid

16. Har du slagit i dina permanenta framtänder allvarligt någon gång?

nej ja

17. Tycker du att du har ett avvikande bett?

nej ja

18. Har du haft tandställning?

nej ja

19. Tycker du att du har behov av tandreglering/tandställning?

nej ja

20. Har du för vana att suga på något?

nej ja, tumme/fingrar/napp
 ja, annat:

21. Har du för vana att bita/tugga på något?

nej ja, vad

22. Gnisslar eller pressar du tänderna på natten?

aldrig
 någon gång i veckan
 varje natt

23. Gnisslar eller pressar du tänderna på dagtid?

aldrig
 någon gång i veckan
 varje dag

FRÅGOR OM KOST

24. Kryssa för de huvudmål du brukar äta.

- frukost
- lunch
- middag

25. Kryssa för hur många mellanmål du brukar äta (räkna även fika)

- inget mellanmål
- 1 mellanmål
- 2 mellanmål
- 3 eller fler mellanmål

26. Hur ofta dricker du saft eller läsk?

- flera gånger varje dag
- 3–6 gånger per vecka
- 1 gång per vecka
- mer sällan än 1 gång per vecka

27. Vad brukar du dricka när du är törstig?

- vatten (även kolsyrat vatten)
- saft eller måltidsdryck (även lightdryck)
- läsk (även lightdryck)
- juice eller multivitamindryck
- mjölk
- te eller kaffe
- annat

28. Får du i dig tillräckligt med mat?

- ja, i hög grad
- ja, i viss mån
- nej, inte särskilt
- nej, inte alls

FRÅGOR OM HUR DET GÅR ATT ÄTA

29. Har du några problem med att äta?

- ja, i hög grad
- ja, i viss mån
- nej, inte särskilt
- nej, inte alls

30. Får du näringstillförsel på annat sätt än via munnen?

- nej ja
- ja, genom sond via näsa eller mun
- ja, via bukväggen till magsäcken (gastrostomi: peg eller knapp)
- ja, via bukväggen till tunntarmen (jejunostomi)
- ja, genom näringslösning direkt till blodet (parenteral nutrition)

31. Hostar du dagligen i samband med måltid?

- nej ja

32. Får du kväljningar dagligen i samband med måltid?

- nej ja

33. Får du sura uppstötningar dagligen?

- nej ja

34. Kräks du ofta (minst 2 gånger i veckan)?

- nej ja

35. Har du dålig aptit?

- nej ja

36. Dröjer det länge innan du kan svälja en tugga?

- nej ja

37. Pressar du fram tungan när du ska svälja så att mat hamnar utanför munnen?

nej ja

38. Har du svårt att tugga, dvs. finfördela kosten med hjälp av kindtänderna?

nej ja

39. Har du svårt att ta av maten från skeden med läpparna?

nej ja

40. Har du problem med att mat och dryck läcker ut genom mungiporna?

nej ja

41. Brukar mat ligga kvar i munnen efter måltiderna?

nej ja

FRÅGOR OM DREGLING

42. Dreglar du?

- dreglar aldrig (nedanstående frågor om dregling behöver ej besvaras)
- dreglar ibland – inte varje dag
- dreglar ofta – varje dag
- konstant dregling

43. Hur mycket dreglar du?

- lätt dregling, bara på läpparna
- måttlig dregling, på läpp och haka
- riklig dregling, på kläderna
- mycket riklig dregling, på händer och föremål

44. Är dregling ett problem för dig?

- ja, i hög grad
- ja, i viss mån
- nej, inte särskilt
- nej, inte alls

45. Är dregling ett problem för din familj eller omgivning?

- ja, i hög grad
- ja, i viss mån
- nej, inte särskilt
- nej, inte alls