

SESAR Behandlingsstart Apnébetskena

Personnummer _____

Besöksdatum _____

Datum då patienten besöker mottagningen. *Obligatorisk*

Remissdatum apnébetskena _____

Datum för inkommande remiss till apnébetskena

Kan behandling med apnébetskena påbörjas

Ja Nej

Om svar **JA** på frågan "Kan behandling med apnébetskena påbörjas"

Om svar **NEJ** på frågan "Kan behandling med apnébetskena påbörjas"

Har tandbehandling varit nödvändig före utprovning av apnébetskena?

- Nej
- Infektionssanering
- Bettrehabilitering
- Annat

Anledning till att patienten ej påbörjar behandling med apnébetskena?

- Patienten avböjer
- Käkfunktionella hinder
- Saneringsbehov för stort
- Annat

Startdatum för terapi med apnébetskena:

Datum för utlämning av apnébetskenan

Typ av apnébetskena

- Monoblock
- Biblock