

WYWIAD STOMATOLOGICZNY

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania (ulica, kod, miasto):

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

Jak Pan/-i ocenia stan swojej jamy ustnej? **Doskonały Dobry Niezły Zły**

Data ostatniej wizyty stomatologicznej (orientacyjna)

Czy ma Pan/-i jakieś obawy (uprzedzenia)?

PROSZĘ O UDZIELENIE ODPOWIEDZI TAK LUB NIE NA NASTĘPUJĄCE PYTANIA: (poprawną odpowiedź zaznacz X)

Wywiad dotyczący doświadczeń pacjenta:

1) Czy odczuwa Pan/-i strach przed leczeniem stomatologicznym?

W jakim stopniu odczuwa Pan/-i ten strach w skali od 1 (najmniej) do 10 (najbardziej)

2) Czy miał/-a Pan/-i nieprzyjemne doświadczenie związane z leczeniem stomatologicznym?

3) Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pana/-i problemy ze znieczuleniem lub reakcje na znieczulenie miejscowe?

4) Czy kiedykolwiek nosił/-a Pan/-i stały aparat ortodontyczny, ile czasu trwało ewentualne leczenie ortodontyczne?

TAK	NIE

Dziąsła i tkanka kostna:

5) Czy podczas mycia lub czyszczenia zębów nićmi dentystycznymi dziąsła krwawią lub odczuwa Pan/-i ból?

6) Czy przechodził/-a Pan/-i kiedykolwiek leczenie choroby dziąseł lub powiedziano Panu/-i,

że nastąpiła utrata kości wokół zębów?

7) Czy kiedykolwiek zauważył/-a Pan/-i u siebie nieprzyjemny smak lub zapach z ust?

8) Czy w Pana/-i rodzinie są osoby, które przeszły choroby przyzębia?

Struktura zębów:

9) Czy w ciągu ostatnich 3 lat wystąpiły u Pana/-i ubytki tkanki zęba?

10) Czy którykolwiek z zębów wykazuje wrażliwość na gorąco, zimno, gryzienie, słodczyce,

lub czy unika Pan/-i czyszczenia szczotką jakiegokolwiek części uzębienia?

11) Czy w pobliżu linii dziąseł na zębach występują ubytki, rowki lub szczyrby?

12) Czy kiedykolwiek miał/-a Pan/-i złamany lub ukruszony ząb, albo ból zęba lub pęknięte wypełnienie (plombę)?

13) Czy często jedzenie dostaje się Panu/-i pomiędzy zęby?

Zgryz i staw skroniowo-żuchwowy:

14) Czy ma Pan/-i problemy kręgosłupem (np. po wypadku) lub stawami skroniowo-żuchwowymi?

(ból, dźwięk podczas ruchu, ograniczony zakres otwarcia, blokada, trzask)

15) Czy podczas zaciskania zębów ma Pan/-i uczucie, że żuchwa zjeżdża do tyłu?

16) Czy unika Pan/-i lub ma trudności z żuciem gumy, marchwi, orzechów, bajgli, bagietki,

batonów proteinowych lub innego rodzaju twardego, suchego pożywienia?

17) Czy w ciągu ostatnich 5 lat nastąpiła zmiana w Pana/-i zębach, taka jak ich skrócenie,

zmniejszenie grubości lub zużycie/starcie, prześwitujące brzegi?

18) Czy nastąpiło powiększenie się przestrzeni pomiędzy zębami lub doszło do rozchwiania zębów?

19) Czy aby górne i dolne zęby pasowały do siebie musi Pan/-i wykonać więcej niż jedno zamknięcie,

ściśnięcie lub przesunięcie żuchwy?

20) Czy umieszcza Pan/-i język pomiędzy zębami lub zamyka zęby na języku?

21) Czy żuje Pan/-i lód. obgryza paznokcie, używa zębów do przytrzymywania przedmiotów

lub ma inne podobne nawyki?

22) Czy w ciągu dnia zaciska Pan/-i zęby lub robi coś, co powoduje ich ból?

23) Czy ma Pan/-i problemy ze snem (np. bezdech senny, niepokój), budzi się niewyspany

lub ze szczególnym odczuciem, jeśli chodzi o zęby?

24) Czy nosi Pan/-i lub nosił/-a w przeszłości szyny zgryzowe?

Charakterystyka uśmiechu:

25) Czy chciał(a)by Pan/-i coś zmienić w wyglądzie swoich zębów?

26) Czy kiedykolwiek wybielał/-a Pan/-i zęby?

27) Czy odczuwał/-a Pan/-i dyskomfort lub miał/-a świadomość odnośnie wyglądu swoich zębów?

28) Czy był/-a Pan/-i kiedykolwiek rozczarowany/-a wynikiem poprzednio wykonanych prac stomatologicznych?

CZYTELNY PODPIS PACJENTKI/-A

CZYTELNY PODPIS LEKARZA

.....
(imię i nazwisko), data

.....
(imię i nazwisko), data