

WSTĘPNE BADANIE ORTODONTYCZNE

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania w sposób możliwie pełny; skróci to czas niezbędny do przeprowadzenia rozmowy i ułatwi stworzenie podstawy planu terapii..

..... Data urodzenia :.....
Nazwisko, imię pacjenta

Telefon Adres.....

1. Powód porady ortodontycznej (proszę napisać, co jest dla Pani/Pana największym problemem w ustawieniu zębów):

.....
.....

Rodzice, rodzeństwo byli lub są leczeni ortodontycznie: tak nie

Pacjent został skierowany przez:

Data ostatniego badania/leczenia stomatologicznego:

2. Urazy w obrębie głowy: tak nie

3. Alergie: tak nie jakie.....

4. Przyjmowane leki:

5. Choroby ogólnoustrojowe: tak nie jakie.....

6. Czy Pani/Pan był kiedyś badany przez **laryngologa**? tak nie

Usunięcie polipów Kiedy? Usunięcie migdałków? Kiedy?

Inne leczenie: Porady :

7. Czy Pani/Pan normalnie **oddycha** przez nos przez usta z trudem przez nos

Czy Pani/Pan chrapie w nocy? tak nie

8. Czy Pani/Pan zgrzyta zębami? nocą w dzień nie

9. Czy Pani/Pan pali papierosy? tak nie

10. Czy istniały lub istnieją **choroby stawów skroniowo-żuchwowych**? tak nie

problemy z żuciem ból przy żuciu napięcie mięśniowe w obrębie żuchwy

dźwięki wydawane przez stawy (np. trzaski) częste bóle głowy lub karku

Obgryzanie paznokci gryzienie np. ołówków, wargi Czy Pani/Pan intensywnie uprawia **sport**? tak nie

Jaki?

Czy Pani/Pan gra na **instrumencie muzycznym**? tak nie Jakim?

11. **Czy przeprowadzono leczenie ortodontyczne w innej placówce?** tak nie

Jeśli tak, kiedy? od do

Przez kogo?

(nazwa placówki/przychodni/praktyki lekarskiej / (adres)

Leczenie prowadzono za pomocą aparatów **ruchomych** lub **stałych** ?

Czy w ramach leczenia dokonano **usunięcia** zębów stałych? tak nie

Czy leczenie zostało **zakończzone zgodnie z planem** czy **przerwane** ?

Jeżeli leczenie zostało przerwane, to z jakiego powodu?

.....
Jeżeli istnieją materiały dotyczące poprzedniego leczenia (modele, zdjęcia rentgenowskie, plan leczenia itd.), prosimy je przedłożyć na spotkaniu dotyczącym porady/planowania leczenia.

Leczenie ortodontyczne przeważnie trwa kilka lat.

Czy zapewnione będzie dokonywanie regularnych kontroli (co 4-6 tygodni)? tak nie

Poniższe pytania dotyczą pacjentów, którzy nie ukończyli 16 roku życia:

12. Odchylenia od normy w czasie **ciąży lub porodu**..... brak
(choroby – zaburzenia odżywiania – wypadki – przyjmowane leki, poród kleszczowy, rozwiązanie przez cesarskie cięcie, poród bliźniaczy)

13. **Okres niemowlęcy:** odżywianie: miesięcy karmienia piersią, miesięcy karmienia butelką

14. Kiedy pojawiły się pierwsze **zęby mleczne**?

przed 6 mies. ż między 6 a 8 mies. ż. po 8 mies. ż.

Kiedy pojawiły się pierwsze **siekacze stałe**?

przed 6 r. ż w 6 lub 7 r. ż. w 8 r. ż. lub później

15. Czy dziecko miało **nawyk ssania**? tak nie

kciuk inny palec smoczek rożek pościeli , jeśli tak to jak długo?

Tylko w 1 r. ż. do 3 r. ż. do 5 r. ż. nadal

- Czy dziecko uczestniczyło lub uczestniczy w **terapii logopedycznej** (ćwiczeniach wymowy)? tak nie

Czy dziecko ma wadę postawy tak nie jaką.....

Pierwsza miesiączka w roku życia

Czy dziecko samodzielnie regularnie czyści zęby? tak przeważnie nie

Czy samo dziecko jest zainteresowane uregulowaniem ustawienia zębów? tak słabo nie

W ramach niezbędnej dla leczenia ortodontycznego diagnostyki konieczne jest wykonanie zdjęć rentgenowskich czaszki i zgryzu (ewentualnie również dłoni). Dokładamy przy tym wszelkich starań, by możliwie zminimalizować napromieniowanie.

Dlatego powinni nas Państwo poinformować, jeśli w ostatnich miesiącach były wykonywane zdjęcia rentgenowskie głowy lub zębów, wówczas zdecydujemy, czy można całkowicie lub częściowo zrezygnować z ich ponownego wykonywania.

.....
data

.....
podpis pacjenta (opiekuna prawnego)*

* niepotrzebne skreślić