



1. OCZEKIWANIA

Jaki jest główny cel i chęć rozpoczęcia leczenia:

ZDROWIE - np. bardzo dobrze i trwale wyleczone zęby

WIZERUNEK - np. Zdrowie + piękny estetyczny uśmiech

WYGODA - np. Zdrowie + poprawa komfortu

.....
.....

2. WYZWANIA

Czy są jakieś ewentualne wyzwania dotyczące leczenia:

CZAS - np. brak czasu lub chęć szybkiego leczenia

FINANSE - np. ograniczenia finansowe, konkretny budżet, leczenie rozłożone w czasie

STRACH - np. dotychczasowe doświadczenia, obawa przed dyskomfortem

.....
.....

3. DOTYCHCZASOWE DOŚWIADCZENIA

1. Czy odczuwa Pan/-i strach przed leczeniem stomatologicznym (skala od 1 do 10)?

2. Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pana/-i problemy/reakcja na znieczulenie miejscowe?

3. Czy wystąpiły u Pan/-i kiedykolwiek komplikacje związane z leczeniem stomatologicznym?.....

4. Czy kiedykolwiek przechodził/-a Pan/-i leczenie ortodontyczne lub korektę zgryzu?

.....
.....

Czy odwiedza Pan/ -i stomatologa regularnie?

Regularnie zgłaszam się na kontrole, przynajmniej raz w roku.

Nieregularnie zgłaszam się na kontrole.

Zgłaszam się tylko gdy pojawi się ból, problem.

WYWIAD STOMATOLOGICZNY

DZIAŚLA I TK. KOSTNA

1. Czy podczas mycia lub nitkowania zębów dziąsła krwawią lub odczuwa Pan/-i ból?
.....
2. Czy przechodził/a Pan/i kiedykolwiek leczenie chorób dziąseł lub powiedziano Panu/i że nastąpiła utrata kości wokół zębów?
.....
3. Czy któreś zęby się chwieją? jeżeli tak to które?
.....
4. Czy pali Pan/i papierosy, e-papierosy ? (Jeśli tak ile dziennie ?)
.....

STRUKTURA ZĘBÓW

1. Czy posiada Pan/i braki zębowe?
.....
2. Czy wyczuwa, bądź zauważa Pan/-i ubytki w zębach?
.....
3. Czy którykolwiek z zębów wykazuje wrażliwość na gorąco, zimno, słodczy, lub czy unika Pan/i czyszczenia szczoteczką jakiegokolwiek części uzębienia?
.....
4. Czy jedzenie często dostaje się Panu/i pomiędzy zęby?
.....
5. Czy kiedykolwiek miał/-a Pan/-i złamany, ukruszony ząb lub wypełnienie (plombę)?
.....

ZGRYZ I STAW ŻUCHWY

1. Czy ma Pan/i problemy ze stawami skroniowo-żuchwowymi? (ból, dźwięk podczas ruchu, ograniczony zakres otwarcia, blokada, trzaski)
.....
2. Czy unika Pan/-i lub ma trudność z żuciem twardych pokarmów?
.....
3. Czy w ciągu ostatnich 5 lat nastąpiła zmiana w Pana/-i zębach, taka jak starcie, zużycie?
.....
4. Czy Pana/-i zęby zmieniły swoją pozycję? (zaczęły na siebie nachodzić, przechyliły się, pojawiały się szpary między zębami).
.....
5. Czy w ciągu dnia, nocy zaciska lub zgrzyta Pan/-i zębami?
.....
6. Czy ma Pan/-i problemy ze snem (np. bezdech senny, niepokój)?
.....
7. Czy zdarza się Panu/-i nagryzać twarde przedmioty np. ołówki, paznokcie?
.....

CHARAKTERYSTYKA UŚMIECHU

1. Czy jest Pani/Pan zadowolony ze swojego uśmiechu?.....
2. Czy kiedykolwiek wybielał Pan/-i zęby?
3. Czy odczuwa Pan/-i dyskomfort odnośnie wyglądu swoich zębów?

Imię i nazwisko pacjenta/-ki : Data:.....