

WYWIAD STOMATOLOGICZNY

Imię i nazwisko _____

Jak oceniasz stan swojego uzębienia? Doskonale Dobrze Średnio Źle

Data ostatniej wizyty u dentysty: _____

Jaki jest przyczyna Twojej wizyty w naszej praktyce? _____

PROSZĘ ODPOWIEDZIEĆ NA PONIŻSZE PYTANIA:

PYTANIA OGÓLNE



TAK NIE

1. Czy boisz się leczenia stomatologicznego? Określ w skali 1-10(1min, 10max) _____
2. Czy masz złe doświadczenia związane z leczeniem stomatologicznym? _____
3. Czy pamiętasz powikłania związane z leczeniem stomatologicznym? _____
4. Czy zdarzyły Ci się dziwne reakcje po znieczuleniu (jakie)? _____
5. Czy leczono Cię ortodontycznie (aparat) albo wykonano korektę zgryzu? _____
6. Czy usuwano Ci kiedykolwiek zęby? _____

UŚMIECH



TAK NIE

7. Czy uważasz, że coś należy zmienić w wyglądzie Twoich zębów? _____
8. Czy Twoje zęby były kiedykolwiek wybielane? _____
9. Czy czujesz skrzypowanie z powodu stanu Twoich zębów? _____
10. Czy efekt dotychczasowego leczenia stomatologicznego rozczarował Cię? _____

ZGRYZ I STAWY SKRONIOWO-ŻUCHWOWE



TAK NIE

11. Czy masz problemy ze stawami skroniowo-żuchwowymi (ból, dźwięki, blokowanie, przeskakiwanie)? _____
12. Czy żucie gumy sprawia Ci problem? _____
13. Czy masz problemy z żuciem twardych pokarmów (np. twardy baton)? _____
14. Czy Twoje zęby zmieniły w ciągu ostatnich 5 lat (stały się krótsze, cieńsze lub starte)? _____
15. Czy Twoje zęby stłaczają się bądź powstają pomiędzy nimi szpary? _____
16. Czy masz więcej niż jeden zgryz lub musisz mocno docisnąć żęby żeby pasowały do siebie? _____
17. Czy gryziesz lód, obgryzasz paznokcie, trzymasz przedmioty w zębach lub masz inne nawyki? _____
18. Czy zaciskasz zęby w ciągu dnia lub wywołujesz ich ból? _____
19. Czy masz jakieś problemy ze snem lub budzisz się ze świadomością obecności zębów w ustach? _____
20. Czy używasz lub kiedykolwiek używałeś szynę nagryzową (ochronną)? _____

ZĘBY



TAK NIE

21. Czy w ciągu ostatnich 3 lat powstały w Twoich zębach jakieś ubytki? _____
22. Czy czujesz suchość w ustach? _____
23. Czy Twoje zęby są nadwrażliwe na gorąco, zimno, słodko lub na nagryzanie? _____
24. Czy zdarzył Ci się ból zęba, złamanie wypełnienia, złamanie, pęknięcie lub wykruszenie zęba? _____
25. Czy myjąc zęby omijasz którąś część jamy ustnej? _____

DZIAŚŁA I KOŚĆ



TAK NIE

26. Czy kiedykolwiek stwierdzono u Ciebie chorobę przyzębia (dziąseł)? _____
27. Czy kiedykolwiek stwierdzono u Ciebie recesje dziąsłowe? _____
28. Czy ktoś w Twojej rodzinie miał chorobę przyzębia? _____
29. Czy zdarza Ci się, że dziąsła krwawią przy szczotkowaniu, nitkowaniu lub jedzeniu? _____
30. Czy Twoje zęby zaczynają być nadmiernie ruchome? _____
31. Czy zdarza Ci się zauważyć u siebie przykry zapach z ust? _____
32. Czy zdarzyło Ci się uczucie pieczenia w ustach? _____

Podpis pacjenta _____ Data _____