

Стоматологический анамнез

1. Укажите основную стоматологическую причину Вашего визита:

2. Когда и где проходило ваше последнее стоматологическое лечение ?

3. Укажите основную причину последнего обращения к стоматологу?

4. Ощущаете ли вы беспокойство при посещении стоматолога? Да Нет
Если вы ответили Да, просьба указать основную причину (эта информация поможет врачу)

5. Наблюдались ли у Вас заболевания придаточных пазух, носа, лба (гаймориты, фронтиты)? Да Нет

6. Были ли у Вас:

- язвы полости рта: Да Нет
- грибковые инфекции полости рта: Да Нет
- другие заболевания слизистой полости рта? Да Нет

7. Наблюдаете ли Вы у себя скрежет, стискивание зубов? Да Нет

8. Ощущаете ли Вы любую боль вокруг ушей, слышите ли клацанье, хлопанье, хрустящий звук во время жевания? Да Нет

9. Курите ли Вы, злоупотребляете ли кофе? Да Нет

10. Количество рентген-обследований за последний год и какие?

11. Было ли у Вас протезирование:

- несъемными протезами Да Нет
- съемными протезами Да Нет
- коронками Да Нет

Когда вы протезировались? _____

12. Чувствительные ли Ваши зубы к:

- горячему Да Нет
- холодному Да Нет
- сладкому Да Нет
- кислому Да Нет

13. Делали ли Вы ранее процедуру Профессионального отбеливания зубов? Да Нет
Если Да, то: Когда последний раз? _____

Были ли у вас неприятные ощущения во время отбеливания? Да Нет

Повысилась ли чувствительность зубов после процедуры ? Да Нет

14. Пользовались ли вы ранее отбеливающими зубными пастами? Да Нет

15. Как долго Вы пользуетесь щеткой, прежде чем заменить ее? _____

16. Бывает ли кровоточивость во время чистки зубов? Да Нет

17. Застревает ли пища между зубами? Да Нет

18. Ощущаете ли Вы плохой запах изо рта? Да Нет

19. Неприятный вкус во рту? Да Нет

20. Возникали ли когда-нибудь припухлости или образование затвердений во рту?
Да Нет

21. Было ли у Вас заболевание слюнных желез? Да Нет

22. Есть ли у Вас вредные привычки – сосание пальца, жевание щеки или языка, жевание ручки, прикусывание губ, кусание ногтей? Да Нет

23. Проводили ли Вы ортодонтическое лечение? Да Нет

24. Укажите Ваши пожелания в процессе лечения либо другую информацию, которая может помочь в стоматологическом лечении:

Дата _____

Подпись пациента _____