




Ankieta

Proszę odpowiedzieć
TAK lub NIE na pytania:




Imię

Nazwisko




Historia osobista

	TAK	NIE			
1. Czy boisz się leczenia stomatologicznego? Skala od 1-10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. Czy miałeś wcześniej nieprzyjemne doświadczenia u dentysty?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Czy miałeś jakiegokolwiek komplikacje po wcześniejszym leczeniu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. Czy znieczulenie nie działało dobrze lub wystąpiła reakcja alergiczna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. Czy kiedykolwiek nosiłeś aparat ortodontyczny?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. Czy miałeś usuwane zęby stałe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			




O uśmiechu

	TAK	NIE			
7. Czy chciałbyś coś zmienić w wyglądzie swoich zębów?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. Czy miałeś kiedykolwiek wybielane zęby?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. Czy w tej chwili używasz past lub środków wybielających?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. Czy wstydzisz się swoich zębów?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11. Czy jesteś niezadowolony z wcześniejszego leczenia stomatologicznego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			




Zgrzy i staw

	TAK	NIE			
12. Czy masz problemy podczas żucia gumy (zmęczenie mięśni, ból)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13. Czy masz problemy z twardymi pokarmami, robieniem dużych gryzów?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
14. Czy Twoje zęby zmieniły wygląd przez ostatnich 5 lat (skróciły, stały się)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
15. Czy Twoje zęby "skrzywiły" się ostatnio lub powstały przerwy między nimi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
16. Czy zaciskasz zęby, żeby zęby były razem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
17. Czy jak się budzisz martwisz się o swoje zęby?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
18. Czy jak otwierasz szeroko usta czujesz ból, trzaski, przeskakiwanie, albo ograniczone otwarcie ust ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19. Czy zgrzytasz zębami w dzień lub w nocy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
20. Czy masz bóle głowy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
21. Czy nosisz szynę na zęby na noc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
22. Czy miałeś uraz brody lub stawu skroniowo-żuchwowego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
23. Czy byłeś podejrzany o problemy ze stawem skroniowo-żuchwowym?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Zęby

	TAK	NIE			
24. Czy miałeś próchnicę ("dziury") w zębach w przeciągu ostatnich 3 lat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
25. Czy masz problem z suchością w jamie ustnej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
26. Czy jakiś ząb jest wrażliwy na ciepło, zimno, gryzienie lub słodkie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
27. Czy miałeś kiedyś odłamane wypełnienie, złamany, odkruszony ząb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
28. Czy jakiś rejon jamy ustnej jest wrażliwy na szczotkowanie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
29. Czy miałeś kiedykolwiek ból zęba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Dziąsła i kość

	TAK	NIE			
30. Czy kiedykolwiek byłeś leczony na paradontozę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
31. Czy miałeś odsłonięte korzenie, tzw.szyjki zęba przy dziąśle(recesje)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
32. Czy ktoś w Twojej rodzinie chorował na przyzębie (dziąsła lub kości)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
33. Czy Twoje dziąsła krwawią jak jesz, szczotkujesz lub nitkujesz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
34. Czy Twoje zęby się ruszają?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
35. Czy zauważyłeś nieprzyjemny smak lub zapach z Twoich ust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
36. Czy masz uczucie pieczenia w jamie ustnej nie związane z jedzeniem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Miejscowość i data

Czytelny podpis Pacjenta