Dentim Clinic Centrum Implantologii i Ortodoncji
ul. Baildona 12/3, 40-115 Katowice | tel.: 32 206 88 00 | e-mail: biuro@dentim.pl

Ankieta

Proszę odpowiedzieć TAK lub NIE na pytania:

Imię

Nazwisko

Historia osobista	TAK	NIE
1. Czy boisz się leczenia stomatologicznego? Skala od 1–10	☐	☐
2. Czy miałeś wcześniej nieprzyjemne doświadczenia u dentysty?	☐	☐
3. Czy miałeś jakiekolwiek komplikacje po wcześniejszym leczeniu?	☐	☐
4. Czy znieczulenie nie działało dobrze lub wystąpiła reakcja alergiczna?	☐	☐
5. Czy kiedykolwiek nosiłeś aparat ortodontyczny?	☐	☐
6. Czy miałeś usuwane zęby stałe?	☐	☐

O uśmiechu	TAK	NIE
7. Czy chciałbyś coś zmienić w wyglądzie swoich zębów?	☐	☐
8. Czy miałeś kiedykolwiek wybielane zęby?	☐	☐
9. Czy w tej chwili używasz past lub środków wybielających?	☐	☐
10. Czy wstydzisz się swoich zębów?	☐	☐
11. Czy jesteś niezadowolony z wcześniejszego leczenia stomatologicznego?	☐	☐

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

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

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

Miejscowość i data

Czytelny podpis Pacjenta