

ANAMNESI ODONTOIATRICA

Nome _____ Soprannome _____ Età _____
Inviato da _____ Come valterebbe la condizione della sua bocca? Eccellente Buona Discreta Scadente
Dentista precedente _____ Per quanto tempo è stato un paziente? _____ Mesi/Anni
Data dell'esame odontoiatrico più recente ____/____/____ Data dell'esame radiografico più recente ____/____/____
Data del trattamento più recente (ad eccezione della pulizia dentale) ____/____/____
Vado abitualmente dal dentista ogni: 3 mesi 4 mesi 6 mesi 12 mesi Non ci vado abitualmente

QUAL È IL SUO PROBLEMA IN QUESTO MOMENTO? _____

SI PREGA DI RISPONDERE SÌ O NO ALLE SEGUENTI DOMANDE: SÌ NO

ANAMNESI PERSONALE

1. La spaventano i trattamenti odontoiatrici? Quanto in una scala da 1 (minimo) a 10 (massimo) [] _____
2. Ha mai avuto esperienze spiacevoli con i trattamenti odontoiatrici? _____
3. In passato ha mai avuto complicazioni in seguito a un trattamento odontoiatrico? _____
4. Ha mai avuto problemi con l'effetto dell'anestetico locale o le ha mai causato qualche reazione allergica? _____
5. Ha mai portato l'apparecchio ortodontico, ha mai subito un trattamento ortodontico o una correzione della malocclusione dentale? _____
6. Le sono mai stati estratti uno o più denti? _____

GENGIVE E OSSA

7. Prova dolore alle gengive o queste sanguinano quando usa lo spazzolino o il filo interdentale? _____
8. Ha mai ricevuto cure per malattie delle gengive o le è stato segnalato che aveva una perdita ossea intorno ai denti? _____
9. Ha mai avvertito un sapore o un odore sgradevole in bocca? _____
10. All'interno della sua famiglia qualcuno ha sofferto di malattie periodontali? _____
11. Ha mai sofferto di recessione gengivale? _____
12. Ha mai notato l'allentamento di un dente (non per causa di lesioni), o trova difficoltà nel mordere una mela? _____
13. Ha mai provato una sensazione di bruciore in bocca? _____

STRUTTURA DEL DENTE

14. Ha sofferto di carie negli ultimi 3 anni? _____
15. La quantità di saliva nella sua bocca le sembra insufficiente o incontra difficoltà nell'ingerire qualche alimento? _____
16. Avverte qualche cavità (p. es. irregolarità o buchi) sulla superficie masticatoria dei suoi denti? _____
17. Ha denti sensibili al caldo, al freddo, alla morsicatura, al dolce, o evita l'uso dello spazzolino in alcune zone della bocca? _____
18. Ha dei solchi o incavi sui denti in prossimità del bordo gengivale? _____
19. Ha mai rotto o scheggiato un dente, avuto mal di denti, o le si è rotta un'otturazione? _____
20. Le rimane spesso del cibo tra i denti? _____

MORSO E ARTICOLAZIONE DELLA MASCELLA

21. Ha problemi con l'articolazione della mascella? (dolore, rumore, apertura limitata, blocco o schiocco) _____
22. Avverte la sensazione che la mandibola inferiore venga spinta all'indietro quando stringe i denti? _____
23. Trova difficoltà nel masticare chewing gum, carote, noci, panini, baguette, barrette proteiche o altri alimenti solidi e secchi, o evita di mangiarli? _____
24. Ha notato cambiamenti nell'aspetto dei suoi denti negli ultimi 5 anni (sono diventati più corti, sottili o consumati)? _____
25. I suoi denti stanno diventando più storti, affollati o sovrapposti? _____
26. Si sta formando dello spazio interdentale eccessivo o i denti stanno diventando più allentati? _____
27. Per ottenere un corretto allineamento dei denti deve morsicare più di una volta, premere o spostare la mascella? _____
28. La sua lingua resta tra i denti, o questi la toccano quando chiude la bocca? _____
29. Ha l'abitudine di masticare il ghiaccio, mangiarsi le unghie, tenere oggetti tra i denti o altre abitudini orali simili? _____
30. Ha l'abitudine di contrarre i denti durante il giorno o di farli indolenzire? _____
31. Soffre di disturbi del sonno (p. es. irrequietezza), si sveglia con il mal di testa o con i denti particolarmente sensibili? _____
32. Porta o ha mai utilizzato il bite? _____

CARATTERISTICHE DEL SORRISO

33. C'è qualcosa che cambierebbe dell'aspetto dei suoi denti? _____
34. Ha mai effettuato lo sbiancamento dei denti? _____
35. Si è mai sentito a disagio per l'aspetto dei suoi denti? _____
36. È rimasto/a deluso/a dal risultato dei trattamenti odontoiatrici precedenti? _____

Firma del paziente _____ Data _____

Firma del medico _____ Data _____