

WYWIAD STOMATOLOGICZNY

Imię i nazwisko _____ Używane imię _____ Wiek _____
Skierowany/-a przez _____ Jak Pan/-i ocenia stan swojej jamy ustnej? Doskonały Dobry Niezły Zły
Poprzedni dentysta _____ Jak długo był/-a Pan/Pani jego pacjentem/-ką? _____ miesiące/lata
Data ostatniego badania stomatol. ____/____/____ Data ostatniego prześwietlenia rentgen. ____/____/____
Data ostatniego leczenia (innego niż usuwanie kamienia nazębnego) ____/____/____
Rutynowo odwiedzam swojego dentystę co: 3 mies. 4 mies. 6 mies. 12 mies. Nie odwiedzam rutynowo

CZEGO DOTYCZĄ PANA/-I NAJWIĘKSZE OBAWY? _____

PROSZĘ O UDZIELENIE ODPOWIEDZI „TAK” LUB „NIE” NA NASTĘPUJĄCE PYTANIA:

TAK NIE

WYWIAD DOT. DOŚWIADCZEŃ PACJENTA



1. Czy odczuwa Pan/-i strach przed leczeniem stomatologicznym? W jakim stopniu odczuwa Pan/-i ten strach w skali od 1 (najmniej) do 10 (najbardziej) [____] TAK NIE
2. Czy miał/-a Pan/-i nieprzyjemne doświadczenie związane z leczeniem stomatologicznym? _____ TAK NIE
3. Czy miał/-a Pan/-i kiedykolwiek komplikacje będące wynikiem leczenia stomatologicznego w przeszłości? _____ TAK NIE
4. Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pana/-i problemy ze znieczuleniem lub reakcje na znieczulenie miejscowe? _____ TAK NIE
5. Czy kiedykolwiek nosił/-a Pan/-i stały aparat ortodontyczny, przechodził/-a leczenie ortodontyczne lub korektę zgryzu? _____ TAK NIE
6. Czy miał/-a Pan/-i kiedykolwiek usuwany ząb? _____ TAK NIE

DZIAŚŁA I TKANKA KOSTNA



7. Czy podczas mycia lub czyszczenia zębów nićmi dentystycznymi dziąsła krwawią lub odczuwa Pan/-i ból? _____ TAK NIE
8. Czy przechodził/-a Pan/-i kiedykolwiek leczenie choroby dziąseł lub powiedziano Panu/-i, że nastąpiła utrata kości wokół zębów? _____ TAK NIE
9. Czy kiedykolwiek zauważył/-a Pan/-i u siebie nieprzyjemny smak lub zapach z ust? _____ TAK NIE
10. Czy w Pana/-i rodzinie są osoby, które przeszły choroby przyzębia? _____ TAK NIE
11. Czy kiedykolwiek wystąpiła u Pana/-i recesja dziąseł? _____ TAK NIE
12. Czy kiedykolwiek wystąpiło u Pana/-i samoistne rozchwianie zęba (którego powodem nie był uraz), lub czy jedzenie jabłek sprawia Panu/-i trudność? _____ TAK NIE
13. Czy doświadczył/-a Pani uczucia pieczenia w jamie ustnej? _____ TAK NIE

STRUKTURA ZĘBÓW



14. Czy w ciągu ostatnich 3 lat wystąpiły u Pana/-i ubytki tkanki zęba? _____ TAK NIE
15. Czy wydaje się Panu/-i, że ma Pan/-i w jamie ustnej zbyt mało śliny, lub czy doświadcza Pan/-i trudności podczas przełykania pokarmu? _____ TAK NIE
16. Czy czuje Pan/-i dziury (np. zagłębienia, otwory) na powierzchniach gryzących zęba? _____ TAK NIE
17. Czy którykolwiek z zębów wykazuje wrażliwość na gorąco, zimno, gryzienie, słodczyce, lub czy unika Pan/-i czyszczenia szczotką jakiegokolwiek części uzębienia? _____ TAK NIE
18. Czy w pobliżu linii dziąseł na zębach występują ubytki, rowki lub szczyrby? _____ TAK NIE
19. Czy kiedykolwiek miał/-a Pan/-i złamany lub ukruszony ząb, albo ból zęba lub pęknięte wypełnienie (plombę)? _____ TAK NIE
20. Czy często jedzenie dostaje się Panu/-i pomiędzy zęby? _____ TAK NIE

ZGRYZ I STAW ŻUCHWY



21. Czy ma Pan/-i problemy ze stawami skroniowo-żuchwowymi? (ból, dźwięk podczas ruchu, ograniczony zakres otwarcia, blokada, trzask) _____ TAK NIE
22. Czy podczas zaciskania zębów ma Pan/-i uczucie, że żuchwa cofa się do tyłu? _____ TAK NIE
23. Czy unika Pan/-i lub ma trudności z żuciem gumy, marchwi, orzechów, bagietki, batonów proteinowych lub innego rodzaju twardego, suchego pożywienia? _____ TAK NIE
24. Czy w ciągu ostatnich 5 lat nastąpiła zmiana w Pana/-i zębach, taka jak ich skrócenie, zmniejszenie grubości lub zużycie/starcie? _____ TAK NIE
25. Czy Pana/-i zęby stały się bardziej wykrzywione, zmniejszyły się odległości między nimi lub zaczęły zachodzić na siebie? _____ TAK NIE
26. Czy nastąpiło powiększenie się przestrzeni pomiędzy zębami lub doszło do rozchwiania zębów? _____ TAK NIE
27. Czy aby górne i dolne zęby pasowały do siebie musi Pan/-i wykonać więcej niż jedno zamknięcie, ściśnięcie lub przesunięcie żuchwy? _____ TAK NIE
28. Czy umieszcza Pan/-i język pomiędzy zębami lub zamyka zęby na języku? _____ TAK NIE
29. Czy żuje Pan/-i lód, obgryza paznokcie, używa zębów do przytrzymywania przedmiotów lub ma inne podobne nawyki? _____ TAK NIE
30. Czy w ciągu dnia zaciska Pan/-i zęby lub robi coś, co powoduje ich ból? _____ TAK NIE
31. Czy ma Pan/-i problemy ze snem (np. niepokój), budzi się z bólem głowy lub szczególnym odczuciem, jeśli chodzi o zęby? _____ TAK NIE
32. Czy nosi Pan/-i lub nosił/-a w przeszłości szyny zgryzowe? _____ TAK NIE

CHARAKTERYSTYKA UŚMIECHU



33. Czy chciał(a)by Pan/-i coś zmienić w wyglądzie swoich zębów? _____ TAK NIE
34. Czy kiedykolwiek wybielał/-a Pan/-i zęby? _____ TAK NIE
35. Czy odczuwał/-a Pan/-i dyskomfort lub miał/-a świadomość odnośnie wyglądu swoich zębów? _____ TAK NIE
36. Czy był/-a Pan/-i kiedykolwiek rozczarowany/-a wynikiem poprzednio wykonanych prac stomatologicznych? _____ TAK NIE

Podpis pacjenta _____ Data _____

Podpis lekarza _____ Data _____