

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Имя и фамилия _____ Как к Вам обращаться _____ Возраст _____
По направлению от _____ Как бы вы оценили состояние вашей ротовой полости? Отличное Хорошее Среднее Плохое
Предыдущий стоматолог _____ Сколько времени вы являлись пациентом? _____ месяцев/лет
Дата последнего осмотра полости рта ____/____/____ Дата последнего рентгена ____/____/____
Дата последнего лечения (не считая гигиенической чистки) ____/____/____
Я посещаю своего стоматолога в плановом порядке каждые: 3 мес. 4 мес. 6 мес. 12 мес. Не посещаю в плановом порядке

Какая неотложная проблема вас беспокоит? _____

ОТВЕЬТЕ «ДА» ИЛИ «НЕТ» НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ:

ДА НЕТ

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

1. Вы боитесь лечиться у стоматолога? По шкале от 1 (несильно) до 10 (очень сильно) насколько боитесь [] _____
2. Был ли у вас когда-либо неприятный опыт лечения у стоматолога? _____
3. Были ли у вас когда-либо осложнения после лечения у стоматолога? _____
4. Были ли у Вас трудности с обезболиванием или осложнения после использования анестетиков? _____
5. Носили ли вы когда-нибудь брекеты, проходили ортодонтическое лечение, исправление или пришлифовывание прикуса? _____
6. Или зубы отсутствуют по причине недоразвития? _____

СОСТОЯНИЕ ДЕСЕН И КОСТНОЙ ТКАНИ

7. Когда вы чистите зубы нитью или зубной щеткой, кровоточат или болят ли у вас десны? _____
8. Проводилось ли Вам лечение десен или говорили ли вам, что у вас есть потеря костной ткани около зубов? _____
9. Замечали ли вы когда-нибудь неприятный привкус во рту или запах? _____
10. Есть ли у кого-нибудь в вашей семье пародонтит (заболевание десен)? _____
11. Была ли у вас когда-нибудь рецессия десен (оголение корней зубов)? _____
12. Появлялось ли у Вас расшатанность зубов (самопроизвольно, без травмы), Трудно ли вам есть яблоко? _____
13. Вы когда-нибудь испытывали чувство жжения во рту не связанное с зубами? _____

СТРОЕНИЕ ЗУБОВ

14. Возникали ли у вас кариес в последние 3 года? _____
15. Есть ли у вас ощущение недостаточного количества слюны во рту, или испытываете ли вы трудности с проглатыванием какой-либо пищи? _____
16. Чувствуете или видите ли вы ямки (впадины, углубления) на жевательной поверхности зубов? _____
17. Реагируют ли ваши зубы болезненно на горячее, холодное, сладкое или болят, когда вы кусаете; избегаете ли вы при чистке зубов определенную часть рта? _____
18. Есть ли у вас бороздки или выемки на зубах возле десневого края? _____
19. Бывали ли случаи, когда у вас ломался или откалывался зуб, болел зуб или трескалась пломба? _____
20. Застревает ли у вас часто пища между зубами? _____

ПРИКУС И ЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ

21. Есть ли у вас проблемы с височно-челюстным суставом? (боль, звуки, ограниченное открытие, спазм, щелчки) _____
22. При смыкании зубов, чувствуете ли Вы, что нижняя челюсть вынужденно задвигается назад? _____
23. Испытываете ли вы трудности с жеванием или избегаете ли вы жвачку, морковь, орехи, сухари, багет, белковые батончики или другую твердую и сухую пищу? _____
24. Изменились ли ваши зубы за последние 5 лет, стали ли они короче, тоньше, истерлись? _____
25. Замечаете ли вы, что у вас повышается искривленность зубов, скученность или перекрытие? _____
26. Увеличивается ли у вас промежуток между зубами или становятся ли ваши зубы более подвижными? _____
27. Чтобы сомкнуть зубы, нужно ли вам прикусывать, стискивать или перемещать челюсть больше одного раза? _____
28. Держите ли вы язык между зубами или смыкаете ли вы зубы на языке для удобства нижней челюсти? _____
29. Есть ли у вас вредные привычки – жевание льда, кусание ногтей, держать зубами предметы и т. п.? _____
30. Стискиваете ли вы зубы днем, доводите ли вы их до болезненного состояния? _____
31. Есть ли у вас проблемы со сном (т. е. беспокойный сон), просыпаетесь ли вы с головной болью или с чувством ощущения собственных зубов? _____
32. Носите ли Вы или носили когда-нибудь зубные капы (предохраняющие зубы)? _____

ХАРАКТЕРИСТИКА УЛЫБКИ

33. Вы хотите изменить что-нибудь во внешнем виде ваших зубов? _____
34. Вы делали когда-либо отбеливание зубов? _____
35. Стесняетесь ли Вы или испытываете дискомфорт из-за внешнего вида своих зубов? _____
36. Были ли вы когда-либо разочарованы эстетическими результатами предыдущего лечения? _____

Подпись пациента _____ Дата _____

Подпись врача _____ Дата _____