

SYGEHISTORIE – TÆNDER

Navn _____ Kaldenavn _____ Alder _____
Henvist af _____ Hvordan vil du beskrive dine tænders tilstand? Rigtig god God Rimelig Dårlig
Tidligere tandlæge _____ Hvor længe var du patient der? _____ måneder/år
Dato for seneste tandlægebesøg ____/____/____ Dato for seneste røntgenbilleder ____/____/____
Dato for seneste tandbehandling (ud over tandrensning) ____/____/____
Jeg går regelmæssigt til tandlægen hver: 3. md. 4. md. 6. md. 12. md. Jeg går ikke regelmæssigt til tandlægen

HVAD ER DIT AKTUELLE PROBLEM? _____

SVAR JA ELLER NEJ PÅ FØLGENDE:

JA NEJ

PERSONLIG BAGGRUND

1. Er du bange for tandlægebehandlinger? Hvor bange er du på en skala fra 1 (mindst bange) til 10 (mest bange) [] _____
2. Har du nogensinde haft en dårlig oplevelse hos tandlægen? _____
3. Har du nogensinde oplevet komplikationer ved tidligere tandbehandlinger? _____
4. Har du nogensinde haft svært ved at blive bedøvet eller haft reaktioner på lokalbedøvelse? _____
5. Har du nogensinde haft bøjle på, fået tandregulering eller fået dine bidforhold rettet? _____
6. Har du nogensinde fået trukket en tand ud? _____

TANDKØD OG KNOGLER

7. Bløder dit tandkød, eller gør det ondt, når du børster tænder eller bruger tandtråd? _____
8. Er du nogensinde blevet behandlet for tandkødssygdom eller fået at vide, at du har mistet knogle rundt om tænderne? _____
9. Har du nogensinde bemærket en ubehagelig smag eller lugt i munden? _____
10. Er der nogen i din familie, der har haft paradentose? _____
11. Har du nogensinde haft tilbagetrukket tandkød? _____
12. Har du nogensinde haft en løs tand (uden der var sket en skade), eller har du svært ved at spise æbler? _____
13. Har du nogensinde haft en brændende fornemmelse i munden? _____

TANDBYGNING

14. Har du haft huller i tænderne inden for de sidste 3 år? _____
15. Virker det, som om du har for lidt spyt i munden, eller har du svært ved at synke bestemte madvarer? _____
16. Kan du mærke huller (dvs. gruber, fordybninger) i tændernes bideflader? _____
17. Er en eller flere af dine tænder følsomme over for varme, kulde, sammenbid/tyggen, søde sager, eller undgår du at børste nogle af tænderne? _____
18. Har du furer eller indhak i tænderne tæt på tandkødsranden? _____
19. Har du nogensinde haft en knækket tand, brækket et stykke af en tand af, haft tandpine eller haft en revnet tandfyldning? _____
20. Sidder der ofte mad fast imellem dine tænder? _____

BID OG KÆBELED

21. Har du problemer med kæbeledet? (smerter, lyde, begrænset åbning, fastlåsnings, hopper ud af led) _____
22. Føles det som om, at din underkæbe bliver skubbet tilbage, når du bider tænderne sammen? _____
23. Undlader du, eller har du svært ved at tygge tyggegummi, gulerødder, nødder, rundstykker, flutes, muslibarer eller andre former for hårde, tørre madvarer? _____
24. Har dine tænder ændret sig i løbet af de sidste 5 år – blevet kortere, tyndere eller mere slidte? _____
25. Bliver dine tænder mere skæve, sidder de tættere sammen, eller er de kommet til at krydse ind over hinanden? _____
26. Bliver der større mellemrum mellem dine tænder, eller er de kommet til at sidde løsere? _____
27. Skal du bide sammen, klemme eller ændre kæbestilling mere end én gang for at få tænderne til at passe sammen? _____
28. Stikker du tungen ind mellem tænderne, eller bider du tænderne sammen mod tungen? _____
29. Knuser du isteminger med tænderne, bider negle, bruger tænderne til at holde genstande med, eller har du andre vaner, hvor du bruger tænderne/munden? _____
30. Bider du tænderne sammen i løbet af dagen, eller får dem til at blive ømme? _____
31. Har du problemer med at sove (f.eks. rastløshed), vågner du med hovedpine eller en fornemmelse af dine tænder? _____
32. Bruger du eller har du nogensinde brugt bidskinne? _____

SMIL

33. Er der noget ved dine tænders udseende, som du gerne ville have ændret? _____
34. Har du nogensinde fået afbleget dine tænder? _____
35. Har du nogensinde været ubehageligt til mode eller følt dig genert over dine tænders udseende? _____
36. Har du nogensinde været utilfreds med, hvordan dine tænder så ud efter en tandbehandling? _____

Patientens underskrift _____ Dato _____

Tandlægens underskrift _____ Dato _____