

# ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Όνομα \_\_\_\_\_ Υποκοριστικό/Επώνυμο \_\_\_\_\_ Ηλικία \_\_\_\_\_

Παραπομπή από \_\_\_\_\_ Πώς θα αξιολογούσατε την στοματική σας κατάσταση (υγεία);

Εξαιρετική  Καλή  Σχετικά καλή/Μέτρια  Κακή

Προηγούμενος οδοντίατρος \_\_\_\_\_ Πόσο καιρό ήσασταν ασθενής; \_\_\_\_\_ Μήνες/Χρόνια

Ημερομηνία της πιο πρόσφατης οδοντιατρικής εξέτασης, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ημερομηνία των πιο πρόσφατων ακτινογραφιών, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ημερομηνία πιο πρόσφατης οδοντιατρικής θεραπείας (εκτός καθαρισμού), \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Επισκέφτομαι τον οδοντίατρο μου κάθε:  3 μήνες  4 μήνες  6 μήνες  12 μήνες  όχι συχνά

**ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΚΥΡΙΑ ΑΙΤΙΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ ΣΑΣ;** \_\_\_\_\_

**Παρακαλούμε απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις με ένα**

**ΝΑΙ ή ΟΧΙ**

## ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ



1. Φοβάστε την οδοντιατρική θεραπεία; Πόσο πολύ φοβάστε, σε κλίμακα από το 1 (καθόλου) μέχρι το 10 (πάρα πολύ); [\_\_\_\_] \_\_\_\_\_
2. Είχατε ποτέ κάποια αρνητική οδοντιατρική εμπειρία; \_\_\_\_\_
3. Είχατε ποτέ κάποια επιπλοκή από παλαιότερη οδοντιατρική θεραπεία; \_\_\_\_\_
4. Είχατε ποτέ δυσκολία στην αποτελεσματικότητα της τοπικής αναισθησίας ή κάποια αρνητική αντίδραση στο τοπικό αναισθητικό; \_\_\_\_\_
5. Είχατε ποτε σιδεράκια, ορθοδοντική θεραπεία ή διόρθωση της σύγκλισης σας; \_\_\_\_\_
6. Είχατε ποτέ εξαγωγές των δοντιών σας ή δόντια τα οποία δεν εμφανίστηκαν ποτέ; \_\_\_\_\_

## ΟΥΛΑ ΚΑΙ ΟΣΤΟ (ΚΟΚΑΛΟ)



7. Τα ούλα σας πονάνε ή ματώνουν όταν βουρτσίζετε τα δόντια σας ή όταν βάζετε νήμα; \_\_\_\_\_
8. Είχατε ποτέ θεραπευτεί για περιοδοντική νόσο (περιοδοντίτιδα) ή είχατε ποτέ χάσει οστό (κόκαλο) γύρω από τα δόντια σας; \_\_\_\_\_
9. Έχετε παρατηρήσει δυσάρεστη γεύση ή δυσσομία στο στόμα σας; \_\_\_\_\_
10. Υπάρχει κάποιος στο οικογενειακό σας περιβάλλον με ιστορικό περιοδοντίτιδας (νόσος των ούλων); \_\_\_\_\_
11. Είχατε ποτέ υφίζηση στα ούλα σας; \_\_\_\_\_
12. Είχατε ποτέ δόντια με κινητικότητα (χωρίς να τα έχετε τραυματίσει) ή δυσκολία να φάτε ένα μήλο; \_\_\_\_\_
13. Είχατε ποτέ την αίσθηση καψίματος στο στόμα σας; \_\_\_\_\_

## ΔΟΝΤΙΑ (ΟΔΟΝΤΙΚΗ ΔΟΜΗ)



14. Είχατε ποτέ κοιλότητες (κουφάλες) τα τελευταία 3 χρόνια; \_\_\_\_\_
15. Η ποσότητα του σάλιου σας είναι μειωμένη ή έχετε δυσκολία στην κατάποση του φαγητού σας; \_\_\_\_\_
16. Αισθανθήκατε ή παρατηρήσατε κάποια τρύπα (βαθούλωμα ή κρατήρα) στην επιφάνεια των δοντιών σας; \_\_\_\_\_
17. Είναι κάποιο από τα δόντια σας ευαίσθητο στο ζεστό, κρύο, δάγκωμα, γλυκά ή αποφεύγετε να βουρτσίζετε κάποιο μέρος του στόματος σας; \_\_\_\_\_
18. Έχετε αυλάκια (ραβδώσεις) ή τρύπες στα δόντια σας κοντά στη γραμμή των ούλων σας; \_\_\_\_\_
19. Είχατε ποτέ σπασμένα δόντια, πονόδοντο, σπασμένα σφραγίσματα ή μικροσπασίματα στα δόντια σας; \_\_\_\_\_
20. Έχετε συχνά την αίσθηση ότι η τροφή μένει μεταξύ των δοντιών σας; \_\_\_\_\_

## ΣΥΓΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΚΡΟΤΑΦΟΓΝΑΘΙΚΗ ΑΡΘΡΩΣΗ



21. Έχετε πρόβλημα με την άρθρωση σας; (πόνος, ήχους, μειωμένο άνοιγμα στόματος, αίσθηση κλειδώματος) \_\_\_\_\_
22. Αίθανεστε ότι η κάτω γνάθο σας απωθείται προς τα πίσω όταν κλείνετε τα δόντια σας; \_\_\_\_\_
23. Αποφεύγετε ή έχετε δυσκολία να μασησετε μαστίχα, καρότα, ξηρούς καρπούς, ψωμί μπαγκέτα ή οποιαδήποτε άλλη σκληρή τροφή; \_\_\_\_\_
24. Έχουν αλλάξει τα δόντια σας τα τελευταία 5 χρόνια, έγιναν κοντύτερα, πιο λεπτά ή παρουσίασαν φθορά; \_\_\_\_\_
25. Τα δόντια σας γίνονται πιο στραβά, συνωστισμένα ή αλληλοεπικαλύπτουν το ένα το άλλο; \_\_\_\_\_
26. Τα δόντια σας αναπτύσσουν διαστήματα η αποκτούν κινητικότητα; \_\_\_\_\_
27. Έχετε περισσότερα από ένα δάγκωμα, σφίγεται ή μετατοπίζεται τη γνάθο σας ώστε να κάνετε τα δόντια σας να κλείνουν όλα μαζί; \_\_\_\_\_
28. Τοποθετείτε τη γλώσσα σας μεταξύ των δοντιών σας ή ξεκουράζετε τα δόντια σας με τη βοήθεια της γλώσσας σας; \_\_\_\_\_
29. Δαγκώνετε πάγο, τα νύχια σας ή χρησιμοποιείτε τα δόντια σας για να κρατάτε αντικείμενα ή έχετε κάποια άλλη στοματική συνήθεια; \_\_\_\_\_
30. Σφίγεται τα δόντια σας κατά τη διάρκεια της ημέρας ή τα κάνετε ευαίσθητα; \_\_\_\_\_
31. Έχετε κάποιο πρόβλημα με τον ύπνο σας (ανησυχία το βράδυ), ξυπνάτε το βράδυ με πονοκέφαλο ή με επίγνωση για τα δόντια σας; \_\_\_\_\_
32. Φοράτε ή έχετε φορέσει στο παρελθόν νάρθηκα σύγκλισης; \_\_\_\_\_

## ΧΑΡΑΧΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΧΑΜΟΓΕΛΟΥ



33. Θα θέλατε να αλλάξετε κάτι στην εμφάνιση των δοντιών σας; \_\_\_\_\_
34. Έχετε κάνει ποτέ λεύκανση στα δόντια σας; \_\_\_\_\_
35. Έχετε ποτέ αισθανθεί άβολα ή ντροπαλός/η για την εμφάνιση των δοντιών σας; \_\_\_\_\_
36. Είχατε ποτέ δυσανεμία ή απογοήτευση με προηγούμενη οδοντιατρική θεραπεία; \_\_\_\_\_

Υπογραφή Ασθενή \_\_\_\_\_ Ημερομηνία \_\_\_\_\_

Υπογραφή Ιατρού \_\_\_\_\_ Ημερομηνία \_\_\_\_\_