

TANDHEELKUNDIGE VOORGESCHIEDENIS

Naam _____ Roepnaam _____ Leeftijd _____
Verwezen door _____ Hoe zou u uw gebit beoordelen? Perfect Goed Oke/functioneel Slecht
Vorige tandarts _____ Hoe lang bent u daar patiënt geweest? _____ (Maanden/jaren)
Datum meest recente bezoek _____ (dag/maand/jaar) Datum meest recente röntgenfoto's _____ (dag/maand/jaar)
Datum meest recente behandeling (anders dan gebitsreiniging) _____ (dag/maand/jaar)
Normaal gesproken zie ik mijn tandarts iedere: 3 mnd. 4 mnd. 6 mnd. 12 mnd. Niet regelmatig
WAT IS OP DIT MOMENT HET MEEST BELANGRIJKE IN UW GEBIT? (BIJV. PIJN/STUKJE AF/ESTHETISCHE VERBETERING)? _____

BEANTWOORDT U ALSTUBLIEFT MET JA OF NEE OP DE VOLGENDE VRAGEN:

YES NO

PERSOONLIJKE GESCHIEDENIS



- Bent u bang voor een bezoek aan de tandarts? Hoe bang, op een schaal van 1 (nauwelijks/niet) tot 10 (verschrikkelijk) [] _____
- Heeft u een nare ervaring gehad bij een tandarts in het verleden? _____
- Zijn er ooit complicaties geweest tijdens een tandheelkundige behandeling? _____
- is het moeilijk u te verdoven of heeft u ooit een reactie gehad op lokale verdoving? _____
- Heeft u ooit beugels gehad (orthodontische behandeling) of een beetcorrectie? _____
- Zijn er bij u kiezen getrokken en/of kiezen niet gekomen/ontwikkeld? _____

TANDVLEES



- Bloedt uw tandvlees of is het pijnlijk als u poetst of flosst? _____
- Bent u ooit behandeld voor tandvleesproblemen of heeft iemand u ooit verteld over botverlies/pockets? _____
- Heeft u/uw partner ooit een slechte adem opgemerkt? _____
- Is er iemand met parodontale (tandvlees) problemen in uw familie? _____
- Heeft u terugtrekkend tandvlees (-gehad)? _____
- Heeft u ooit losse tanden gehad (zonder een ongeluk o.i.d.), of heeft u moeite om een appel te eten? _____
- Heeft u een brandend gevoel in uw mond? _____

TAND OPPERVLAK/STRUCTUUR



- Heeft u gaatjes gehad in de afgelopen 3 jaar? _____
- Heeft u het gevoel te weinig speeksel in uw mond te hebben of heeft u moeilijkheden met het doorslikken van eten? _____
- Voelt u of merkt u dat er putjes of kraters op het kauw oppervlak van uw kiezen/tanden zit?? _____
- Zijn er tanden gevoelig met warm, koud, bijten, zoet, of vermijdt u stukken tijdens het poetsen? _____
- Heeft u groefjes of randjes bij uw tandvlees in de buurt? _____
- Heeft u ooit gebroken kiezen, stukjes af, gebroken vulling of pijn gehad in tanden/kiezen? _____
- Komt er vaak eten tussen uw tanden of kiezen? _____

BEET EN KAAKGEWRIJCHT



- Heeft u problemen met uw kaakgewricht? (pijn, kaakgewrichtsgeluiden/kaakknop, beperkte mondopening, op slot schieten) _____
- Heeft u het gevoel dat uw onderkaak naar achteren gedrukt wordt als u uw kiezen op elkaar wilt zetten? _____
- Vermijdt u of heeft u moeite met het kauwen van kauwgom, wortels, nootjes, brood, stokbrood, notenbars, of ander hard/gedroogd eten? _____
- Zijn uw tanden in de afgelopen 5 jaar veranderd, korter geworden, gerafeld, dunner? _____
- Zijn uw tanden meer over elkaar heen-, scheef of overlappend geworden? _____
- Zijn er ruimtes ontstaan in uw gebit of tanden/kiezen losser gaan staan? _____
- Heeft u meer dan één manier om dicht te bijten, moet u knijpen of schuiven om de kiezen op elkaar te krijgen _____
- Duwt u uw tong tegen de tanden aan of tussen de tanden (gewoon en/of tijdens slikken)? _____
- Bijt u op ijs, nagels of velletjes, gebruikt u uw tanden om flesjes te openen etc.? Of heeft u andere gewoonten (bijv. duimen)? _____
- Klemt u overdag uw kiezen op elkaar of zijn uw tanden gedurende de dag gevoelig? _____
- Heeft u andere problemen met slapen (bijv. rusteloosheid), wordt u wakker met hoofdpijn of bewustzijn van tanden of kaak? _____
- Heeft u of heeft u een nachtbitje gehad? (splint/nightguard)? _____

LACH



- Is er iets aan de verschijning van uw tanden dat u zou willen veranderen? _____
- Heeft u ooit uw tanden gebleekt? _____
- Heeft u zich ooit onzeker of oncomfortabel gevoeld over uw tanden? _____
- Bent u ooit teleurgesteld door werk van een eerdere tandarts/orthodontist? _____

Handtekening patiënt _____ Datum _____

Handtekening tandarts _____ Datum _____