

RAPORT O HIGIENIE JAMY USTNEJ

Imię i nazwisko pacjenta:

Data:

Proszę opisać każdy konkretny problem z zębami lub dyskomfort, jaki występuje w tej chwili:

Jak długo on trwa? _____

Jeśli posiadają Państwo jakąkolwiek z następujących opiek stomatologicznych, proszę wymienić stomatologów i przybliżone daty wizyt:

- zabieg periodontologiczny (dziąseł) lub zabieg chirurgiczny: _____
- „aparat stomatologiczny” lub inny rodzaj zabiegu ortodontycznego: _____
- implanty stomatologiczne: _____
- każdy inny zabieg chirurgiczny: _____

Czy posiadasz / miałeś / zauważyłeś jakąkolwiek z następujących objawów lub symptomów w swojej głowie, szyi lub jamie ustnej?

(Proszę zaznaczyć odpowiedź Tak / Nie na każde pytanie):

	Tak	Nie
• Zęby są wrażliwe na: gorąco, zimno, słodyczne lub gryzący nacisk	_____	_____
• Nieprzyjemne czucie smaku lub trwały nieświeży oddech	_____	_____
• Czy drobinki jedzenia wchodzą między zęby	_____	_____
• Czy Twoje dziąsła krwawią podczas szczotkowania	_____	_____
• Czerwone, obrzęknięte, wrażliwe, krwawiące lub drażliwe dziąsła	_____	_____
• Cofające się dziąsła	_____	_____
• Ropę między zębami	_____	_____
• Uniknąłeś jakiegokolwiek obszaru podczas szczotkowania lub żucia gumy	_____	_____
• Szlifowałeś zęby	_____	_____
• Kłapałeś lub miałeś trudności podczas żucia	_____	_____
• Trudności z otwieraniem i poruszaniem żuchwy	_____	_____
• Trudności z mówieniem lub zmianą tonu głosu	_____	_____
• Trudności z poruszaniem lub „unoszeniem” języka	_____	_____
• Ruszające się zęby lub mające sporą szparę między zębami	_____	_____
• Zmiany, które są związane z połączonymi zębami	_____	_____
• Zmiany w kolorze tkanek w Twojej jamie ustnej	_____	_____
• Bóle, nadwrażliwość, zdrętwienie lub bóle uszu	_____	_____
• Jakiegokolwiek guzy, opuchliznę lub opuchnięte gruczoły	_____	_____
• Dolegliwości wrzodowe lub szorstkie plamy w jamie ustnej	_____	_____

Twoja higiena jamy ustnej:

Jak oceniasz swoją higienę jamy ustnej?

Dobrze

W miarę

Źle

Ile razy dziennie szczotkujesz zęby? _____

Ile razy w tygodniu korzystasz z nici dentystycznej? _____

Czy korzystasz z następujących? (Zaznacz Tak / Nie przy każdym pytaniu)

Tak **Nie**

- Elektryczna szczoteczka do zębów. Jeśli tak, to z której firmy? _____
- Dodatki do nitkowania (opatrunek, nić dentystyczna, itp.) _____
- Urządzenie nawadniające jamę ustną (Waterpik) _____
- Leczenie fluorem lub domowe suplementy. Jeśli tak, to które? _____
- Płukanki lub barwniki. Jeśli tak, to z której firmy? _____

Czy kiedykolwiek straciłeś zęba, którego nie zastąpiłeś?

Czemu nadal tego nie zrobiłeś? _____

Czy nosisz wymienne aparaty stomatologiczne?

Jeśli tak, to które i jak długo? _____

Czy kiedykolwiek wybielałeś swoje zęby?

Czy chciałbyś wybielić sobie zęby?

Jak oceniasz wygląd swojego uśmiechu i co mógłbyś zmienić gdybyś miał taką możliwość?

Czy obawiasz się finansów wymaganych do przywrócenia doskonałego zdrowia Twojej jamy ustnej?

Czujesz się sfrustrowany, ponieważ zawsze odwiedzałeś stomatologa, by coś naprawić lub wyleczyć?

Masz przecucie, że będziesz nosił sztuczną protezę?

Czy kiedykolwiek miałeś problemy z wypisem lub zabiegiem stomatologicznym?

Jeśli tak, to wyjaśnij: _____

Czy kiedykolwiek odczuwałeś zmianę stanu zdrowia lub bóle głowy, szyi lub jamy ustnej?

Jeśli tak, sprecyzuj: _____

Jeśli jesteś nowym pacjentem tej kliniki:

Data ostatniej wizyty:

Nazwisko stomatologa:

Miejscowość:

Ocenione przez: _____