

ОРТОДОНТИЧЕСКАЯ АНКЕТА

ПОЖАЛУЙСТА, ПОСТАВЬТЕ ГАЛОЧКУ В СООТВЕТСТВУЮЩЕМ ПОЛЕ

Фамилия пациента _____ Имя _____
родился _____

Фамилия застрахованного лица _____ Имя _____
родился _____

Адрес: _____

Частный телефон _____ Мобильный _____

Отправить по электронной почте _____

Медицинское страхование _____

Есть ли у вас дополнительная страховка на ортодонтические услуги? да ☐ нет ☐

Как Вы узнали о нашей практике?

☐ Зубной врач ☐ Друзья/Знакомые ☐ Интернет ☐ разное: _____

да
нет

☐ ☐ 1. Вы в настоящее время находитесь на лечении? Если да, то почему?

☐ ☐ 2. Принимаете ли Вы в настоящее время какие-либо лекарства регулярно?
Если да, то какие?

☐ ☐ 3. Возникала ли когда-либо необычная реакция на лекарства? Если да, то
какая?

☐ ☐ 4. Есть ли аллергия на что-либо? Если да, то против чего?

☐ ☐ 5. Есть ли какие-либо другие медицинские проблемы?
Описать: _____

☐ ☐ 6. Обращались ли Вы к врачу по поводу какого-либо из следующих
заболеваний? Пожалуйста, подчеркните:
Диабет, ревматическая лихорадка, псориаз, астма, болезни сердца,
кровообращения или легких, заболевания печени или почек, нарушения
свертываемости крови, эпилепсия

☐ ☐ 7. Есть ли у Вас заболевание (гепатит, HIV), которое может передаваться
через кровь? Если да, то какие?

☐ ☐ 8. Носите ли Вы контактные линзы?

ОРТОДОНТИЧЕСКАЯ АНКЕТА

ПОЖАЛУЙСТА, ПОСТАВЬТЕ ГАЛОЧКУ В СООТВЕТСТВУЮЩЕМ ПОЛЕ

- ☐ ☐ 9. Удалены ли глоточные и небные миндалины? Если да, то когда?

- ☐ ☐ 10. Часто ли у Вас возникают головные боли или жалобы в позвоночнике?
.
В какой момент? _____
Как часто? _____
- ☐ ☐ 11. Вы испытываете треск или трение в височно-нижнечелюстных суставах?
.
- ☐ ☐ 12. Возникает ли боль в челюсти или области лица, перед ушами или в суставах при жевании?
.
- ☐ ☐ 13. У Вас когда-нибудь было временное или длительное чувство ограничения открывания рта и подвижности нижней челюсти?
.
- ☐ ☐ 14. Вы когда-нибудь попадали в аварию с травмами зубов, челюсти, головы или шеи?
.
- ☐ ☐ 15. Вы скрежете зубами?
.
- ☐ ☐ 16. Кто-нибудь из Ваших близких когда-нибудь говорил Вам, что Вы скрежете зубами по ночам?
.
- ☐ ☐ 17. Вам делали рентген в течение последних 12 месяцев? Если да, то почему? _____
- ☐ ☐ 18. Женщины: Есть ли беременность в настоящее время?
.
- ☐ ☐ 19. Вы когда-нибудь проходили ортодонтическое лечение?
. Если да, то где? _____ От _____ до _____
20. Как давно был последний визит к стоматологу? _____ Месяцы
. ФИО, адрес и телефон стоматолога: _____
21. Как часто Вы чистите зубы ?
.

- ☐ ☐ 22. Вы ежедневно пользуетесь зубной нитью?
.
- ☐ ☐ 23. Регулярно ли Вы используете жидкость для полоскания рта в качестве дополнительной меры гигиены полости рта?
.
- ☐ ☐ 24. Регулярно ли Вы проводите профессиональную чистку зубов?
.

Место, Дата _____

Подпись _____